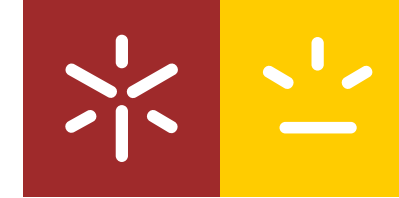


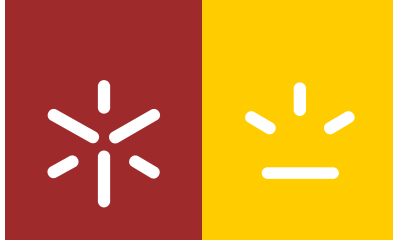


Eduardo Joaquim Pinto Carvalho Sampaio

**Programas de identificação precoce de
distúrbios de deglutição para prevenção
de complicações pulmonares em idosos
residentes em domicílio**

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem





Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Eduardo Joaquim Pinto Carvalho Sampaio

**Programas de identificação precoce de
distúrbios de deglutição para prevenção
de complicações pulmonares em idosos
residentes em domicílio**

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Pereira Machado

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Agradecimentos

A realização do presente relatório de estágio traduz um percurso formativo exigente, marcado pela integração progressiva de conhecimentos, desenvolvimento de competências e reflexão crítica nos diferentes contextos da prática clínica. Este processo foi sustentado pelo contributo de diversas pessoas e instituições, às quais expresso o meu reconhecimento.

Neste âmbito, é devido um agradecimento à Universidade do Minho, em particular à Escola Superior de Enfermagem, pelo enquadramento científico e pedagógico proporcionado ao longo do curso, fundamentais para a construção deste percurso.

Aos Professores Manuela Machado, Fernando Petronilho e Lisa Gomes, enquanto orientadores, pelo rigor científico, disponibilidade e capacidade de orientação, que estimularam o pensamento crítico e contribuíram para a consolidação de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Aos enfermeiros tutores de estágio, pela partilha de saberes, acompanhamento próximo e integração nas equipas, elementos essenciais para o desenvolvimento de uma prática sustentada e centrada na pessoa: à Enfermeira Paula Vasconcellos e à Enfermeira Raquel Marques, no contexto da reabilitação respiratória; à Enfermeira Sílvia Caldas, na área de cardiologia; à Enfermeira Carla Marciel, no contexto de ortopedia; e à Enfermeira Ana França, no contexto de pediatria.

Às equipas multidisciplinares, pelo acolhimento e colaboração, que favoreceram a construção de uma visão integrada dos cuidados e o desenvolvimento profissional.

À minha família, pelo suporte contínuo ao longo deste percurso. Um agradecimento particular à minha esposa, Eduarda, pelo incentivo, compreensão e apoio constante, e aos meus filhos, Bernardo e Maria, sendo o nascimento da Maria, durante este percurso académico, um marco pessoal de especial significado.

Por fim, a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu sincero agradecimento.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Programas de identificação precoce de distúrbios de deglutição para prevenção de complicações pulmonares em idosos residentes em domicílio

Resumo

A elaboração do presente Relatório de Estágio enquadra-se na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Tem como objetivo refletir criticamente sobre o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019) e das competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto), adquiridas ao longo do percurso formativo.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes: prática clínica e investigação. O estágio decorreu em diferentes contextos — reabilitação respiratória, cardíaca, músculo-esquelética e pediátrica — proporcionando uma experiência diversificada e abrangente dos domínios de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Na Parte I, apresenta-se uma análise crítico-reflexiva da prática clínica desenvolvida, com enfoque na promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e capacitação da pessoa e família para o autocuidado. São igualmente evidenciados desafios inerentes à prática, como a gestão da adesão à reabilitação, a complexidade clínica dos contextos e a importância da comunicação terapêutica.

A Parte II corresponde a uma Scoping Review, conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre programas de rastreio da disfagia para prevenir a pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade. Os resultados evidenciam a existência de instrumentos de rastreio validados e reforçam a importância de abordagens multidisciplinares e centradas na pessoa.

Este percurso contribuiu para o desenvolvimento de uma prática profissional mais autónoma, crítica e fundamentada na evidência, reforçando a articulação entre prática clínica e investigação no âmbito da enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: Disfagia; Enfermagem de Reabilitação; Funcionalidade; Idosos; Pneumonia por Aspiração.

Early identification programs for swallowing disorders to prevent pulmonary complications in community-dwelling older adults

Abstract

The preparation of this Internship Report falls within the Professional Internship with Report curricular unit, integrated into the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the School of Nursing of the University of Minho. Its objective is to critically reflect on the development of the Common Competencies of the Specialist Nurse (Regulation No. 140/2019), the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (Regulation No. 392/2019), and the Master's level competencies (Decree-Law No. 65/2018, of August 16), acquired throughout the training course.

The report is structured into two main components: clinical practice and research. The internship was carried out in different clinical contexts—respiratory, cardiac, musculoskeletal rehabilitation and pediatrics—providing a comprehensive and diversified experience across the domains of rehabilitation nursing practice.

Part I presents a critical-reflective analysis of the clinical practice developed, focusing on the promotion of functionality, prevention of complications, and empowerment of individuals and families for self-care. Challenges inherent to clinical practice are also addressed, namely adherence to rehabilitation, clinical complexity, and the importance of therapeutic communication.

Part II corresponds to a scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology, aiming to map the scientific evidence on swallowing screening programs to prevent aspiration pneumonia in the community-dwelling older adult population.. The findings highlight the existence of validated screening tools and reinforce the importance of multidisciplinary and person-centered approaches.

This academic pathway contributed to the development of a more autonomous, critical, and evidence-based professional practice, strengthening the articulation between clinical practice and research in rehabilitation nursing.

Keywords: Aspiration Pneumonia; Dysphagia; Functionality; Older Adults; Rehabilitation Nursing.

Índice

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS	ii
Agradecimentos	iii
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	iv
DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Abreviaturas	ix
Lista de figuras.....	x
Lista de tabelas	x
Lista de quadros	x
Introdução	
PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA.....	3
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	4
1.1 Processo respiratório	5
1.2 Processo cardíaco	7
1.3 Processo músculo-esquelético	10
1.4 Contexto de opção (Pediatria)	12
2. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.....	15
2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	15
2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	16
2.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	17
2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	18
3. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	19
3.1 Cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida	19
3.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação	20
3.3 Maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa	21
4. Limitações do contexto e desafios à implementação da reabilitação	23
5. Conclusão	24
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	26
1. Enquadramento Teórico	29

2. Metodologia	33
2.1 Critérios de Elegibilidade no Estudo	33
2.2 Tipos de Fontes de Evidência.....	34
2.3 Estratégia de Pesquisa.....	35
2.4 Seleção de Estudos	37
3. Apresentação dos Resultados/ Extração de Dados	39
4. Discussão	48
5- Conclusão	52
6. Considerações finais	54
Referências Bibliográficas.....	56
Anexos.....	60
Anexo1 “Adaptação das atividades no domicílio: como posso fazer os meus exercícios em casa”	
Anexo2 “Disfagia e risco de aspiração na população idosa: protocolo scoping sobre programas de rastreio em contexto comunitário”	
Anexo 3 “Reeducação funcional na artroplastia da anca”	
Anexo 4 "Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo Scoping Review" at CIES2025	
Anexo 5 “Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo de Scoping Review" at Livro Práticas de investigação multidisciplinar"	
Anexo 6 Artigo “Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo de Scoping Review” at Riage	

Abreviaturas

- **6MWT** – Teste de Marcha de Seis Minutos (Six-Minute Walk Test)
- **AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- **CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- **CRT** – Teste do Reflexo da Tosse (Cough Reflex Test)
- **EAT-10** – Eating Assessment Tool-10
- **EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- **ERPI** – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- **GUSS** – Gugging Swallowing Screen
- **INE** – Instituto Nacional de Estatística
- **JBI** – Joanna Briggs Institute
- **MeSH** – Medical Subject Headings
- **PRISMA-ScR** – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
- **RCAAP** – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
- **ScR** – Scoping Review
- **SSQ** – Sydney Swallowing Questionnaire
- **ULSGE** – Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho
- **URR** – Unidade de Reabilitação Respiratória
- **VFSS** – Videofluoroscopic Swallowing Study (Estudo Videofluoroscópico da Deglutição)
- **V-VST** – Volume-Viscosity Swallow Test
- **WST** – Water Swallow Test

Lista de figuras

Figura 1: Diagrama Prisma- ScR	38
--------------------------------------	----

Lista de tabelas

Tabela 1: Extração de Dados	41
-----------------------------------	----

Lista de quadros

Quadro 1: Matriz PCC	33
Quadro 2: Critérios de elegibilidade.....	34
Quadro 3: Descritores MeSH utilizados e os seus sinónimos/termos livres	35
Quadro 4: Estratégia de pesquisa por base de dados	36

“O sentido da vida é encontrar o teu dom. O propósito da vida é oferecê-lo aos outros.” — Pablo Picasso

Introdução

A crescente complexidade das necessidades em saúde, associada ao envelhecimento populacional, à elevada prevalência de doenças crónicas e ao aumento da sobrevivência a eventos agudos, coloca desafios significativos aos sistemas de saúde, exigindo respostas diferenciadas centradas na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental, orientando-se para a promoção do potencial funcional, prevenção de complicações e facilitação da reintegração nas atividades de vida diária (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) distingue-se pela sua capacidade de avaliação funcional diferenciada, planeamento e implementação de intervenções especializadas e capacitação da pessoa para o autocuidado, contribuindo para a maximização da independência e participação. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a sua intervenção desenvolve-se em diferentes contextos assistenciais, ao longo do ciclo de vida, integrando dimensões clínicas, educativas, preventivas e de gestão.

A prática especializada em Enfermagem de Reabilitação exige uma abordagem sustentada na melhor evidência científica disponível, integrando conhecimento teórico, experiência clínica e preferências da pessoa, de forma a garantir cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Neste sentido, a formação ao nível do mestrado assume-se como um processo estruturante, permitindo o desenvolvimento de competências avançadas, capacidade crítica e integração entre prática clínica e investigação.

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, refletindo o percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos clínicos, designadamente nas áreas respiratória, cardíaca, músculo-esquelética e num contexto de opção em pediatria, todos integrados em Unidades Locais de Saúde da região norte de Portugal.

Ao longo deste percurso, foi possível desenvolver competências específicas e comuns do EEER, através da integração entre prática clínica supervisionada, reflexão crítica e fundamentação teórica, num processo contínuo de construção de uma identidade profissional especializada. As experiências vivenciadas permitiram não apenas a aquisição de competências técnicas, mas sobretudo o

desenvolvimento de um raciocínio clínico autónomo, centrado na pessoa e orientado para a tomada de decisão fundamentada.

A compreensão da pessoa enquanto ser em constante adaptação à doença e à limitação funcional encontra suporte na Teoria das Transições de Meleis (2010), que enquadra os processos de mudança e adaptação vivenciados ao longo do ciclo de vida. Paralelamente, a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) sustenta a intervenção do EEER na promoção da autonomia e capacitação da pessoa, assumindo o enfermeiro um papel facilitador na gestão da sua condição de saúde.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira parte corresponde à componente clínica, onde são apresentados e analisados, de forma crítica e reflexiva, os diferentes contextos de estágio, bem como o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A segunda parte integra a componente de investigação, através da elaboração de uma scoping review intitulada “Programas de rastreio da disfagia para prevenir a pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade”, a qual visa mapear a evidência científica existente nesta área e contribuir para a fundamentação da prática clínica.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo analisar, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando o contributo das experiências clínicas para a construção de uma prática profissional avançada, autónoma e baseada na evidência, bem como reforçar a articulação entre prática clínica e investigação científica.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O presente relatório reflete o percurso de estágio desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, integrando quatro contextos assistenciais diferenciados que permitiram uma abordagem abrangente e multidimensional da intervenção do EEER. Os estágios decorreram em diferentes unidades de Unidades Locais de Saúde da região norte de Portugal, abrangendo os domínios respiratório, cardíaco, músculo-esquelético e pediátrico, este último enquanto contexto de opção.

A prática do EEER assenta num corpo de competências avançadas que visam maximizar a funcionalidade, promover a adaptação e capacitar a pessoa para o autocuidado. Como preconizado no *Manual de Boas Práticas para o Exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* da Ordem dos Enfermeiros,

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é o profissional que, com base numa avaliação funcional abrangente e sistemática, intervém junto da pessoa ao longo do ciclo de vida, família e comunidade, promovendo o máximo de independência física e psicológica, prevenindo complicações e readaptando a pessoa a novas condições de vida, através da implementação de programas de reabilitação individualizados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 8).

Cada um dos cenários clínicos vivenciados apresentou especificidades que exigiram o desenvolvimento e consolidação de competências avançadas alinhadas com este referencial normativo. No contexto respiratório, a intervenção centrou-se na reabilitação de pessoas com doença respiratória crónica, valorizando o controlo ventilatório e a tolerância ao esforço. No âmbito cardíaco, a ênfase recaiu na segurança cardiovascular e na continuidade dos cuidados desde a fase aguda à reabilitação ambulatória. O contexto músculo-esquelético permitiu aprofundar a intervenção na recuperação funcional pós-cirúrgica e na prevenção de complicações associadas ao imobilismo. Por fim, o estágio em Pediatria constituiu uma oportunidade singular de adaptação da prática especializada à criança e família, evidenciando a importância da relação terapêutica e da abordagem lúdico-motivacional.

A diversidade destes contextos, aliada à complexidade clínica e relacional das situações vivenciadas, contribuiu decisivamente para a construção de uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Os referenciais teóricos de Dorothea Orem (Teoria do Autocuidado) e de Afaf Meleis (Teoria das Transições) sustentaram a reflexão sobre a prática, permitindo analisar criticamente as intervenções realizadas e o papel do EEER como facilitador dos processos de adaptação e capacitação.

1.1 Processo respiratório

O primeiro campo de estágio decorreu numa Unidade Local de Saúde da região norte de Portugal, numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR), integrada no Serviço de Pneumologia, constituindo um contexto assistencial diferenciado orientado para a promoção da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com doença respiratória.

A unidade apresenta uma organização estruturada em três tipos de intervenção, correspondentes a diferentes níveis de intensidade e objetivos terapêuticos: o Protocolo I, corresponde ao programa de maior intensidade, dirigido à pessoa com doença respiratória crónica estável, mas sintomática, integrando treino aeróbio, fortalecimento muscular, exercícios de controlo ventilatório e alongamentos, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional e manter os ganhos a longo prazo. Este protocolo compreende um total de 20 sessões; o Protocolo II, destina-se a pessoas em fase de recuperação funcional, nomeadamente após exacerbação da doença ou em contexto pré-operatório, centrando-se na reeducação funcional respiratória e recuperação progressiva da tolerância ao esforço; o Protocolo III, assume um carácter predominantemente educativo, focando-se no controlo ventilatório, técnica da tosse, conservação de energia e promoção da atividade física, com vista à capacitação para o autocuidado no domicílio.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) neste contexto assenta numa avaliação funcional sistematizada, integrando parâmetros clínicos e funcionais como: padrão ventilatório, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, presença de secreções e tolerância ao esforço. A utilização da escala de Borg revelou-se fundamental na monitorização da perceção subjetiva de esforço, orientando a intensidade do exercício e permitindo ajustes imediatos da intervenção perante valores elevados ou sinais de intolerância. Paralelamente, o teste de marcha de seis minutos (6MWT) constituiu um instrumento central na avaliação da capacidade funcional, permitindo quantificar objetivamente ganhos funcionais ao longo do programa e orientar a progressão do treino. A avaliação foi ainda complementada pelo teste de 1 minuto sit-to-stand, possibilitando a análise da capacidade funcional dos membros inferiores e a monitorização da evolução ao longo das sessões.

A prescrição e monitorização do exercício foram realizadas com base em instrumentos estruturados utilizados na unidade, que integravam dados clínicos, avaliação funcional, definição da proposta

terapêutica e registo da evolução. Esta abordagem permitiu uma prática sistematizada, segura e baseada na evidência, reforçando a importância da tomada de decisão clínica fundamentada.

Ao longo do estágio, desenvolvi intervenções no âmbito da cinesiterapia respiratória, incluindo técnicas de controlo ventilatório, reeducação funcional respiratória, higiene brônquica, treino muscular respiratório e treino aeróbio e de força. No entanto, rapidamente compreendi que a eficácia da intervenção não depende apenas da execução técnica, mas da capacidade de adaptação contínua à condição clínica e funcional da pessoa, exigindo flexibilidade, observação e tomada de decisão em tempo real.

Um dos desafios mais marcantes deste estágio relacionou-se com a adesão ao programa de reabilitação. Em particular, em doentes mais renitentes ou com menor consciencialização sobre a sua condição, foi necessário recorrer a estratégias diferenciadas, baseadas na comunicação terapêutica, demonstração prática e progressão gradual das atividades. A construção de uma relação de confiança revelou-se determinante para promover a participação ativa, evidenciando que a adesão ao exercício está fortemente dependente da forma como a intervenção é percecionada pela pessoa.

A educação terapêutica assumiu-se como um eixo estruturante da intervenção. Neste âmbito, participei na dinamização de uma sessão educativa dirigida aos utentes, subordinada ao tema “Adaptação das atividades no domicílio: como posso fazer os meus exercícios em casa” (anexo 1). Esta sessão foi desenvolvida com recurso a suporte digital (PowerPoint) e metodologias interativas criadas por mim e um colega, nomeadamente role-play, permitindo simular situações reais e promover a participação ativa dos utentes. Foram ainda utilizados materiais simples, como meias e garrafas com areia, demonstrando alternativas acessíveis para a realização de exercício no domicílio. Esta abordagem revelou-se particularmente eficaz na promoção da literacia em saúde e na capacitação para o autocuidado, permitindo aos utentes compreender que a continuidade da reabilitação não depende necessariamente de recursos complexos.

A telereabilitação constituiu uma estratégia complementar de continuidade de cuidados, permitindo o acompanhamento dos utentes no domicílio. Este modelo implicou desafios específicos, nomeadamente ao nível da avaliação indireta da execução dos exercícios e da monitorização da resposta ao esforço. Para ultrapassar estas limitações, foi necessário reforçar a clareza das instruções, adaptar os exercícios ao contexto domiciliário e promover uma comunicação eficaz, garantindo a segurança e eficácia da intervenção à distância.

No âmbito da disseminação do conhecimento, foi ainda apresentado um poster científico subordinado à temática da disfagia e risco de aspiração na população idosa, no 2.º Colóquio do Núcleo dos Enfermeiros de Reabilitação dessa unidade de saúde (Anexo II), contribuindo para a partilha de evidência científica e reflexão sobre práticas clínicas no domínio da enfermagem de reabilitação.

A prática desenvolvida neste contexto pode ser enquadrada à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, ao promover a capacitação da pessoa para a gestão da sua condição e manutenção dos ganhos funcionais (Orem, 2001). Simultaneamente, a Teoria das Transições de Meleis permitiu compreender os processos de adaptação vivenciados pelas pessoas com doença respiratória crónica, nomeadamente na reorganização da vida diária e integração de novas rotinas, sendo o EEER um facilitador fundamental destas transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Globalmente, este campo de estágio constituiu um momento estruturante no desenvolvimento de competências avançadas do EEER, nomeadamente ao nível da avaliação funcional respiratória, planeamento e implementação de programas de reabilitação, monitorização da resposta ao exercício, educação terapêutica e promoção do autocuidado. Simultaneamente, contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional e ética, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional, consolidando progressivamente a minha identidade enquanto Enfermeiro Especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação.

1.2 Processo cardíaco

O estágio no âmbito do processo cardíaco decorreu no Serviço de Cardiologia de uma Unidade Local de Saúde da região norte de Portugal, constituindo um contexto assistencial diferenciado que integra a abordagem da pessoa com doença cardiovascular ao longo de diferentes fases do processo de reabilitação. Este serviço contempla a reabilitação cardíaca em fase I, em contexto de internamento, e fase II, em ambiente estruturado de ginásio, permitindo acompanhar a pessoa desde a fase aguda até à recuperação funcional e reintegração na vida ativa.

A população acompanhada incluía pessoas com eventos coronários agudos, insuficiência cardíaca, pós-procedimentos invasivos e pós-cirurgia cardíaca, bem como pessoas em fase pré-cirúrgica, nomeadamente em preparação para cirurgia cardíaca. Este contexto evidenciou a importância de uma

intervenção contínua e integrada, centrada na segurança cardiovascular, na monitorização da resposta ao esforço e na capacitação da pessoa para a gestão da sua condição.

A monitorização clínica e funcional revelou-se determinante na orientação da intervenção, integrando a monitorização da frequência cardíaca, tensão arterial, saturação periférica de oxigénio, perceção subjetiva de esforço e sintomatologia associada. A interpretação destes parâmetros em tempo real revelou-se determinante para a tomada de decisão clínica, permitindo ajustar a intensidade do exercício, interromper a atividade quando necessário e garantir a segurança da pessoa durante a intervenção.

No contexto de reabilitação cardíaca fase I, a intervenção centrou-se na mobilização precoce, treino de atividades de vida diária e educação para a segurança cardiovascular, contribuindo para a prevenção de complicações associadas ao imobilismo e para a recuperação funcional inicial. Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções em contexto pré-cirúrgico, nomeadamente ao nível da educação para o procedimento, ensino de técnicas respiratórias e preparação funcional, evidenciando a importância da intervenção precoce na otimização dos resultados no período pós-operatório.

Na fase II, a intervenção decorreu em ambiente estruturado de ginásio, permitindo a prescrição, monitorização e progressão de programas de exercício terapêutico individualizados. A definição da intensidade do exercício baseou-se na monitorização da frequência cardíaca e perceção de esforço, sendo ajustada de acordo com a resposta individual, reforçando a importância da individualização da intervenção e da vigilância contínua.

A articulação com a equipa multidisciplinar constituiu um elemento facilitador fundamental ao longo do estágio. Destacou-se a colaboração próxima do EEER com as médicas do serviço e com o fisioterapeuta, permitindo uma abordagem integrada e coerente, centrada na funcionalidade e segurança da pessoa. A partilha de informação, discussão de casos clínicos e definição conjunta de estratégias terapêuticas contribuíram para uma prática mais consistente e baseada na evidência.

Um dos momentos mais marcantes deste estágio foi o acompanhamento de uma pessoa com doença cardíaca em fase terminal, profissional de saúde reformado. Este contexto exigiu uma abordagem diferenciada, centrada não apenas na dimensão funcional, mas sobretudo na comunicação terapêutica, na escuta ativa e no respeito pela autonomia da pessoa. A consciência da sua condição e o seu

conhecimento prévio enquanto profissional de saúde conferiram maior complexidade à interação, exigindo sensibilidade na gestão da informação e adaptação da linguagem.

Em articulação com a equipa multidisciplinar e sob orientação da enfermeira tutora, foi possível desenvolver competências no domínio da comunicação em fim de vida, ajustando a intervenção às necessidades da pessoa e da família. Esta experiência constituiu um momento de crescimento significativo, permitindo compreender o papel do EEER na humanização dos cuidados, no apoio emocional e na promoção da dignidade em situações de elevada vulnerabilidade.

A promoção da literacia em saúde e da autogestão da doença revelou-se determinante, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis, adesão ao regime terapêutico, reconhecimento de sinais de alerta e gestão do risco cardiovascular. A capacitação da pessoa revelou-se determinante para a continuidade do processo de reabilitação e prevenção de novos eventos.

Ao longo do estágio, tornou-se evidente que a adesão ao exercício não depende apenas da prescrição, mas da forma como a pessoa compreende e vivencia a sua condição. Em algumas situações, foi necessário adaptar a abordagem, simplificar a informação e reforçar a confiança da pessoa nas suas capacidades, promovendo uma participação ativa e segura.

Do ponto de vista pessoal, este estágio constituiu um momento de consolidação da minha capacidade de tomada de decisão clínica em contextos de maior complexidade e risco. A necessidade de monitorização contínua, interpretação de sinais clínicos e adaptação da intervenção em tempo real contribuiu para o desenvolvimento de maior autonomia e confiança na prática.

A prática desenvolvida pode ser enquadrada à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, ao promover a capacitação da pessoa para a gestão da sua condição e prevenção de complicações (Orem, 2001). Simultaneamente, a Teoria das Transições de Meleis permite compreender os processos de adaptação associados à doença cardiovascular, nomeadamente na transição da fase aguda para a recuperação e reintegração na vida diária, sendo o EEER um facilitador essencial deste processo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Este estágio permitiu consolidar a minha capacidade de intervenção em contextos de maior complexidade clínica, reforçando a importância da vigilância contínua, da tomada de decisão

fundamentada e da comunicação terapêutica na promoção de cuidados seguros e centrados na pessoa.

1.3 Processo músculo-esquelético

O estágio no âmbito do processo músculo-esquelético decorreu no Serviço de Ortopedia de uma Unidade Local de Saúde da região norte de Portugal, constituindo um contexto assistencial predominantemente orientado para a abordagem da pessoa em período pós-operatório, bem como em situações tratadas de forma conservadora. Este contexto caracteriza-se por uma intervenção centrada na recuperação funcional, prevenção de complicações associadas ao imobilismo e promoção da autonomia da pessoa.

A população acompanhada incluía, maioritariamente, pessoas submetidas a cirurgia ortopédica, nomeadamente artroplastias da anca e do joelho, fraturas e outras patologias músculo-esqueléticas, frequentemente associadas a limitação funcional, dor e dependência parcial nas atividades de vida diária. Este contexto evidenciou a importância da intervenção precoce do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com impacto direto na recuperação funcional e na redução de complicações.

A análise funcional da pessoa, centrada na mobilidade, dor e desempenho nas atividades de vida diária, orientou todo o processo de intervenção, integrando a análise da dor, amplitude de movimento, força muscular, equilíbrio, tolerância ao esforço e capacidade para a realização das atividades de vida diária. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permitiu estruturar esta avaliação numa perspetiva centrada na funcionalidade, orientando a definição de objetivos individualizados e ajustados ao contexto da pessoa.

A intervenção desenvolvida centrou-se na mobilização precoce, treino motor, treino de marcha, educação para a carga parcial ou total e utilização de ajudas técnicas, de acordo com a condição clínica e indicações terapêuticas. A mobilidade precoce revelou-se fundamental na prevenção de complicações associadas ao imobilismo, como rigidez articular, perda de força muscular, dor persistente e risco de queda, contribuindo para a recuperação funcional e autonomia.

Paralelamente, a capacitação da pessoa e da família para a continuidade dos cuidados após a alta emergiu como um elemento central da intervenção, nomeadamente ao nível da proteção articular, gestão da dor, posicionamento, utilização segura de ajudas técnicas e adaptação das atividades de vida diária.

Ao longo deste estágio, tive ainda a oportunidade de assumir um papel ativo na formação em serviço dirigida a enfermeiros generalistas, incidindo sobre a abordagem à pessoa submetida a artroplastia da anca (anexo III). A formação centrou-se em aspetos fundamentais da enfermagem de reabilitação no pós-operatório, incluindo mobilização segura, treino de marcha, gestão da carga, precauções articulares, posicionamento e prevenção de complicações. Esta experiência constituiu um momento particularmente relevante no desenvolvimento de competências ao nível da liderança clínica, supervisão e partilha de conhecimento especializado, evidenciando o papel do EEER enquanto elemento diferenciador na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

Um dos desafios mais marcantes deste estágio foi a intervenção junto de uma pessoa que apresentava recusa inicial em participar no plano de reabilitação. Esta situação exigiu uma abordagem centrada na comunicação terapêutica, negociação de objetivos e adaptação progressiva das intervenções. Através da construção de uma relação de confiança, consistência na intervenção e adequação das estratégias à realidade da pessoa, foi possível promover a adesão ao plano definido, permitindo a sua participação ativa sem resistência. Esta experiência evidenciou que a eficácia da intervenção não depende apenas da componente técnica, mas da capacidade de estabelecer uma relação terapêutica credível e ajustada às necessidades da pessoa.

Neste contexto, foi ainda possível realizar intervenções ao nível da avaliação da deglutição, de acordo com protocolos institucionais, particularmente em pessoas com maior risco associado. Esta experiência revelou-se relevante ao permitir reconhecer a importância da identificação precoce de alterações da deglutição, contribuindo para a prevenção de complicações e estabelecendo uma ligação com a componente de investigação desenvolvida.

A articulação com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial ao longo do estágio, nomeadamente com a equipa médica, permitindo uma abordagem integrada, segura e centrada na pessoa. A comunicação eficaz e a definição conjunta de objetivos terapêuticos contribuíram para a consistência da intervenção e melhoria dos resultados.

Do ponto de vista pessoal, este estágio constituiu um momento de consolidação da minha capacidade de adaptação a diferentes perfis de pessoas, exigindo flexibilidade, tomada de decisão e gestão de situações complexas. A experiência com a pessoa inicialmente não colaborante revelou-se particularmente marcante, permitindo desenvolver competências relacionais e reforçar a importância da comunicação na promoção da adesão ao processo de reabilitação.

A prática desenvolvida pode ser enquadrada à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, ao promover a capacitação da pessoa para a gestão da sua condição e recuperação funcional (Orem, 2001). Ao mesmo tempo, a Teoria das Transições de Meleis permite compreender o processo de adaptação associado à limitação funcional e à necessidade de reorganização das atividades de vida diária, sendo o EEER um facilitador essencial deste processo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Este contexto contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento da minha capacidade de adaptação, negociação e intervenção centrada na funcionalidade, evidenciando a importância da relação terapêutica e da adesão no sucesso do processo de reabilitação.

1.4 Contexto de opção (Pediatria)

O estágio de opção decorreu num serviço de Pediatria de uma Unidade Local de Saúde da região norte de Portugal, constituindo um contexto assistencial diferenciado que permitiu contactar com populações específicas, nomeadamente crianças com doença crónica, deficiência e necessidades complexas de reabilitação. Este contexto exigiu uma abordagem adaptada, centrada não apenas na criança, mas também na família, enquanto elemento fundamental no processo de cuidados.

A população acompanhada incluía crianças com patologias respiratórias crónicas, défices neurológicos e limitações motoras, exigindo uma intervenção integrada ao nível da cinesiterapia respiratória, reabilitação motora e neurológica. A especificidade deste contexto implicou a adaptação constante das estratégias de intervenção, tendo em consideração a fase de desenvolvimento da criança, a sua capacidade de compreensão e o envolvimento da família no processo terapêutico.

Ao nível da intervenção respiratória, foram desenvolvidas técnicas de cinesiterapia respiratória ajustadas à idade e condição clínica das crianças, com especial enfoque na promoção da ventilação eficaz, mobilização de secreções e prevenção de complicações. Paralelamente, a reabilitação motora e

neurológica assumiu um papel central, nomeadamente através do treino de marcha, equilíbrio e funcionalidade, com o objetivo de promover a autonomia e participação da criança.

Uma das experiências mais marcantes deste estágio foi a intervenção junto de uma criança com síndrome de Guillain-Barré, inicialmente muito renitente à realização dos tratamentos. Esta situação exigiu uma abordagem centrada na relação terapêutica, recorrendo a estratégias de motivação, adaptação da intervenção e criação de um ambiente de confiança. Através da minha capacidade de adaptação e tomada de decisão autónoma, foi possível estabelecer uma relação de proximidade com a criança, promovendo a sua colaboração e participação ativa. Progressivamente, a criança passou a realizar treino de marcha até à sala onde posteriormente desenvolvia também treino cognitivo, evidenciando ganhos ao nível da funcionalidade e adesão ao processo terapêutico.

A relação terapêutica revelou-se um elemento central neste contexto. A capacidade de comunicar, estabelecer empatia e adaptar a intervenção à criança permitiu não só melhorar a adesão, mas também criar um ambiente seguro e facilitador do processo de reabilitação. Este impacto foi particularmente evidente quando, durante um período em que não estive presente, uma das crianças questionou a equipa sobre a minha ausência, um momento que considerei marcante e que reforçou o reconhecimento da relação estabelecida.

Tive ainda a oportunidade de acompanhar uma consulta de cuidados paliativos pediátricos, permitindo compreender a complexidade da intervenção em situações de elevada vulnerabilidade e a importância da comunicação, do suporte à família e da promoção da qualidade de vida. Este contacto contribuiu para uma maior sensibilização para a dimensão humana dos cuidados e para o papel do enfermeiro na gestão destas situações.

No âmbito da continuidade de cuidados, participei no transporte de uma criança com doença crónica para o domicílio, com necessidade de ventilação não invasiva, tendo oportunidade de acompanhar o processo de ensino à família. Esta experiência permitiu compreender a importância da capacitação dos cuidadores, nomeadamente na gestão de equipamentos, vigilância de sinais de alerta e adaptação do ambiente domiciliário.

Destaca-se ainda o contacto com um projeto inovador desenvolvido pela equipa, que envolvia mães que tinham perdido filhos com doença crónica, capacitadas para, através de plataformas online, partilharem as suas experiências com outras famílias. Este projeto evidenciou a importância do apoio

entre pares e da partilha de vivências no processo de adaptação à doença, reforçando a dimensão comunitária e humana da intervenção.

Durante o estágio, participei ainda numa ação de formação sobre nebulização por malha vibratória, permitindo atualizar conhecimentos e integrar novas abordagens na prática clínica.

A diversidade de contextos e a existência de diferentes tutoras, com estilos distintos de abordagem à criança, constituíram uma oportunidade de aprendizagem significativa, permitindo-me desenvolver capacidade crítica e autonomia na definição da minha própria abordagem futura, integrando diferentes perspetivas e estratégias.

Do ponto de vista pessoal, este estágio revelou-se particularmente marcante, permitindo-me desenvolver competências ao nível da comunicação, adaptação, empatia e intervenção centrada na criança e família. A experiência vivida contribuiu para reforçar a minha confiança na abordagem pediátrica, sendo particularmente significativo o reconhecimento por parte da tutora, que sugeriu a possibilidade de desenvolvimento profissional nesta área, nomeadamente na reabilitação pediátrica.

A prática desenvolvida pode ser enquadrada à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, adaptada ao contexto pediátrico, considerando o papel dos cuidadores na gestão da condição da criança (Orem, 2001). Igualmente, a Teoria das Transições de Meleis permite compreender os processos de adaptação vivenciados pelas crianças e famílias face à doença crónica, sendo o enfermeiro um facilitador essencial na promoção de uma transição saudável (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Globalmente, este campo de estágio constituiu um momento diferenciador no meu percurso formativo, permitindo desenvolver competências avançadas do EEER em contexto pediátrico, nomeadamente ao nível da adaptação da intervenção, promoção da funcionalidade, capacitação da família e estabelecimento de relação terapêutica. Simultaneamente, contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional e ética, da comunicação, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional, consolidando a minha identidade enquanto Enfermeiro Especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação.

2. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

O desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista ao longo dos diferentes contextos de estágio traduziu-se num processo progressivo de transformação da prática, marcado pela integração entre conhecimento científico, experiência clínica e reflexão crítica. Este percurso implicou não apenas a aquisição de competências técnicas, mas sobretudo a construção de um raciocínio clínico mais autónomo, uma maior consciência ética e uma capacidade crescente de liderança e tomada de decisão.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A prática desenvolvida foi continuamente orientada pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, conforme preconizado pelo *Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2019)*, nomeadamente *no respeito pela dignidade, autonomia e singularidade da pessoa*. No entanto, a consolidação deste domínio ocorreu sobretudo em situações concretas que exigiram posicionamento e reflexão.

Em contexto de cardiologia, o acompanhamento de uma pessoa em fase terminal, com formação na área da saúde, colocou-me perante um desafio complexo ao nível da comunicação. Tendo presente que a pessoa tem direito à informação sobre a sua condição de saúde, reconheci que o desafio não residia na decisão de informar ou não, mas sim na forma de adequar essa informação às necessidades emocionais e ao momento vivenciado pela pessoa. Esta consciência levou-me a refletir sobre o papel do enfermeiro na comunicação em fim de vida, compreendendo, progressivamente, que a comunicação terapêutica se centra na capacidade de escutar, validar e acompanhar a pessoa no seu processo, garantindo o acesso à informação de forma sensível e respeitadora da sua autonomia

Este momento pode ser enquadrado à luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), ao evidenciar um processo de transição associado à fase final de vida, no qual o enfermeiro assume um papel facilitador na adaptação da pessoa e da família. Simultaneamente, reforça a dimensão ética do cuidado, centrada na promoção da dignidade e no respeito pelas decisões da pessoa.

Em reabilitação respiratória, surgiram situações em que os utentes solicitavam aconselhamento fora do contexto institucional. Perante estas situações, foi necessário clarificar limites profissionais, mantendo a relação terapêutica sem comprometer a responsabilidade ética. Esta experiência permitiu-me

compreender que a proximidade com a pessoa deve ser acompanhada por uma atuação ética clara e consistente, promovendo o autocuidado e evitando dependências inadequadas, conforme defendido por Orem (2001).

Em pediatria, a intervenção junto da criança e família implicou uma abordagem ética diferenciada, centrada na adaptação da comunicação e no papel parental, reforçando a importância de uma prática sensível e humanizada em populações vulneráveis.

Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de uma prática mais consciente e refletida, evidenciando que a ética em enfermagem se constrói na ação, na reflexão e na capacidade de tomar decisões ajustadas em contextos de complexidade.

2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade foi assumida como um processo ativo e dinâmico, sustentado na utilização de instrumentos de avaliação, na análise de resultados e na adaptação contínua da intervenção, em consonância com os princípios da prática baseada na evidência (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

Em contexto de reabilitação respiratória, a utilização da escala de Borg e do teste de marcha de seis minutos permitiu não apenas avaliar a capacidade funcional, mas também orientar a tomada de decisão clínica. Recordo uma situação em que, perante valores elevados de perceção de esforço, fui confrontado com a necessidade de ajustar a intensidade do exercício, questionando o equilíbrio entre progressão terapêutica e segurança. Este momento exigiu uma análise crítica da situação e reforçou a importância de uma intervenção individualizada e baseada em dados não só objetivos como subjetivos.

De igual forma, em cardiologia, a monitorização contínua de parâmetros hemodinâmicos implicou uma vigilância ativa e a capacidade de antecipar sinais de intolerância ao esforço, permitindo adaptar a intervenção em tempo real. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais estruturado, afastando-me de uma prática meramente executiva.

A dimensão da qualidade foi também evidenciada na minha participação ativa em atividades de educação para a saúde e formação em serviço. Em reabilitação respiratória, a dinamização de uma sessão educativa com recurso a estratégias interativas, como role-play e utilização de materiais

acessíveis, exigiu planeamento, adaptação da linguagem e avaliação da eficácia da intervenção. Em ortopedia, a realização de formação dirigida a enfermeiros generalistas sobre artroplastia da anca constituiu um momento de liderança clínica, evidenciando o papel do EEER na disseminação de boas práticas e na melhoria da qualidade dos cuidados.

A apresentação de um poster em colóquio científico reforçou esta dimensão, permitindo a partilha de conhecimento e a valorização da evidência científica como suporte da prática.

2.3 Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados foi progressivamente consolidada através da capacidade de planear, organizar e adaptar a intervenção às necessidades da pessoa, promovendo a continuidade e coerência dos cuidados, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

Nos diferentes contextos, esta competência traduziu-se na capacidade de integrar dados clínicos, funcionais e contextuais na definição do plano de intervenção. Em reabilitação respiratória e cardíaca, a gestão dos cuidados implicou a adequação da intensidade dos programas à resposta individual, exigindo monitorização contínua e tomada de decisão em tempo real.

Em ortopedia, a gestão dos cuidados revelou-se particularmente exigente, sobretudo na adaptação da intervenção a pessoas com diferentes níveis de motivação e envolvimento no processo de reabilitação. A experiência com uma pessoa inicialmente não colaborante constituiu um momento de reflexão sobre a minha prática, levando-me a recentrar a intervenção numa abordagem verdadeiramente centrada na pessoa. Neste contexto, tornou-se evidente que a promoção da adesão está intimamente relacionada com a forma como a pessoa compreende e integra o seu regime terapêutico no seu quotidiano.

Mais do que uma lógica de prescrição, foi fundamental envolver a pessoa na gestão do seu regime terapêutico, valorizando os seus objetivos, expectativas e projeto de vida. A definição partilhada de objetivos e a construção de uma relação de confiança revelaram-se determinantes para promover o seu envolvimento ativo e a corresponsabilização no processo de reabilitação. Este processo evidenciou a importância da comunicação terapêutica, da negociação e da adaptação contínua da intervenção, reforçando o papel do enfermeiro enquanto facilitador da capacitação da pessoa para a gestão do seu regime terapêutico, reforçando o papel do enfermeiro enquanto facilitador da capacitação da pessoa para a gestão do seu regime terapêutico (Dorothea Orem, 2001; Kate Lorig & Halsted Holman, 2003).

A experiência de dinamização de formação em serviço constituiu um momento relevante ao nível da liderança, ao implicar a organização de conteúdos, a gestão do grupo e a responsabilidade pela transmissão de conhecimento. Este contexto reforçou a perceção do papel do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na melhoria da prática e na gestão dos cuidados.

A articulação com a equipa multidisciplinar foi determinante neste processo, permitindo uma abordagem integrada e centrada na pessoa, baseada na comunicação eficaz e na definição conjunta de objetivos terapêuticos.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi marcado por uma evolução significativa da minha postura enquanto profissional, passando de uma abordagem mais centrada na execução para uma prática baseada na reflexão, na análise crítica e na tomada de decisão fundamentada.

A exposição a contextos distintos e a situações de maior complexidade exigiu uma adaptação constante, levando-me a questionar práticas, identificar limitações e procurar soluções. Momentos como a gestão de doentes não colaborantes, a comunicação em situações de fim de vida e a intervenção em pediatria constituíram oportunidades de aprendizagem particularmente relevantes, ao exigirem uma resposta para além do conhecimento técnico.

A integração da componente científica no percurso formativo, nomeadamente através do desenvolvimento do trabalho de investigação na área da disfagia, permitiu reforçar a importância da prática baseada na evidência e estabelecer uma ligação mais consistente entre conhecimento científico e intervenção clínica.

Globalmente, este percurso contribuiu para a construção de uma identidade profissional mais autónoma, crítica e reflexiva, evidenciando uma evolução consistente no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro com grau de mestre.

3. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), conforme preconizado pelo Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, traduziu-se num processo progressivo de integração entre conhecimento científico, raciocínio clínico e intervenção especializada, orientado para a promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e capacitação da pessoa ao longo do ciclo de vida.

3.1 Cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida

A avaliação inicial, baseada na análise do padrão ventilatório, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio e presença de secreções, permitiu identificar as necessidades específicas e orientar a intervenção.

A competência de cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida exigiu uma adaptação constante da intervenção às características clínicas, funcionais e contextuais da pessoa, implicando uma avaliação sistematizada e uma tomada de decisão clínica fundamentada.

Em contexto de reabilitação respiratória, a intervenção junto de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica e outras patologias respiratórias crónicas implicou a utilização de técnicas específicas de cinesiterapia respiratória, nomeadamente controlo ventilatório, respiração diafragmática, técnicas de higiene brônquica (como a técnica de expiração forçada e o uso de dispositivos como o Flutter®), bem como treino muscular respiratório com recurso a dispositivos como o Threshold IMT. A monitorização da resposta ao esforço foi realizada através da escala de Borg modificada e da oximetria periférica de oxigénio, permitindo ajustar a intensidade do exercício em tempo real.

Recordo uma situação em que, perante um utente com dispneia significativa e valores elevados na escala de Borg, me deparei com a necessidade de ajustar o plano inicialmente definido. Este momento gerou em mim alguma hesitação, uma vez que implicava reduzir a intensidade do exercício, contrariando a progressão previamente estabelecida. A reflexão sobre a situação permitiu-me compreender que a intervenção deve ser continuamente ajustada à resposta da pessoa, priorizando a

segurança e a tolerância ao esforço. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais flexível e centrado na pessoa.

Em contexto pediátrico, a intervenção junto de uma criança com síndrome de Guillain-Barré implicou a integração de estratégias de reabilitação neuromotora, incluindo treino de marcha, exercícios de equilíbrio e facilitação motora. A recusa inicial da criança em participar nos cuidados constituiu um desafio significativo. Inicialmente, a minha abordagem centrou-se na execução das atividades planeadas, não considerando plenamente a dimensão emocional da criança. Perante a ausência de adesão, senti necessidade de reformular a abordagem, passando a integrar estratégias lúdicas e a valorizar a relação terapêutica como elemento central da intervenção.

Este momento constituiu um ponto de viragem na minha prática, evidenciando que o cuidado em enfermagem exige não apenas conhecimento técnico, mas também capacidade de adaptação, comunicação terapêutica e construção de uma relação de confiança. Ainda que esta necessidade se tenha tornado mais evidente neste contexto, reconheço que estas competências são transversais à prestação de cuidados a qualquer pessoa.

3.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação

A capacitação da pessoa emergiu como um eixo central da intervenção, evidenciando o papel do EEER na promoção do autocuidado e na redução da dependência funcional.

Em contexto de reabilitação respiratória, a dinamização de uma sessão educativa subordinada ao tema “Adaptação das atividades no domicílio” permitiu desenvolver competências ao nível da educação terapêutica. A utilização de metodologias ativas, como o role-play, e de materiais de baixo custo (meias, garrafas com areia) permitiu demonstrar estratégias práticas para a realização de exercício no domicílio. Este momento levou-me a refletir sobre a importância de adaptar a intervenção à realidade socioeconómica da pessoa, promovendo soluções exequíveis e sustentáveis.

Em ortopedia, a capacitação, através do ensino de técnicas como transferência cama-cadeira, treino de marcha com auxiliares (andador e canadianas), gestão da carga parcial e educação para precauções em artroplastia da anca. A experiência com uma pessoa inicialmente não colaborante evidenciou que a

capacitação não depende apenas da transmissão de informação, mas da capacidade de identificar barreiras à adesão, nomeadamente o medo da dor e a insegurança face ao movimento.

Este contexto obrigou-me a reformular a abordagem, passando a definir objetivos progressivos e a reforçar positivamente pequenas conquistas, promovendo a confiança da pessoa no seu próprio desempenho.

Em pediatria, a capacitação estendeu-se à família, nomeadamente no ensino de cuidados relacionados com ventilação não invasiva no domicílio. A participação no transporte de uma criança permitiu-me observar a importância de um ensino estruturado, claro e adaptado, garantindo a segurança e continuidade dos cuidados.

3.3 Maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa

A maximização da funcionalidade constituiu o foco central da intervenção do EEER, implicando a utilização de estratégias específicas de avaliação e intervenção orientadas para a recuperação da capacidade funcional.

Em reabilitação respiratória, a avaliação funcional foi realizada através do teste de marcha de seis minutos (6MWT) e do teste de 1 minuto sit-to-stand, permitindo quantificar a capacidade funcional e monitorizar a evolução ao longo do programa. Estes instrumentos orientaram a prescrição do exercício, nomeadamente ao nível do treino aeróbio (cicloergómetro e marcha), fortalecimento muscular (com halteres, bandas elásticas e cargas progressivas) e treino de endurance.

Em cardiologia, a maximização da funcionalidade implicou a progressão estruturada do exercício desde a mobilização precoce até ao treino em contexto de ginásio, com monitorização contínua da frequência cardíaca, tensão arterial e perceção de esforço. A necessidade de ajustar a intensidade do exercício em função da resposta clínica reforçou a importância da individualização da intervenção.

Em ortopedia, a intervenção centrou-se na mobilização precoce, treino de marcha, reeducação funcional e prevenção de complicações associadas ao imobilismo. A experiência com uma pessoa inicialmente não colaborante evidenciou que a maximização da funcionalidade não depende exclusivamente da intervenção técnica, mas da sua articulação com o desenvolvimento das capacidades da pessoa enquanto agente ativo no processo de reabilitação. A relação terapêutica

assumiu-se como elemento central na promoção do envolvimento, da confiança e da participação, potenciando a mobilização dos recursos individuais e a construção de autonomia funcional.

Em pediatria, a maximização da funcionalidade assumiu uma dimensão integrada, envolvendo componentes motoras, cognitivas e emocionais. A evolução da criança com Guillain-Barré, que passou de uma postura de recusa para a realização de treino de marcha com ajuda, constituiu um exemplo concreto do impacto da intervenção do EEER.

A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2001) permitiu estruturar a avaliação numa perspetiva centrada na funcionalidade, valorizando a interação dinâmica entre funções e estruturas corporais, atividades e participação. Este modelo integra ainda a influência determinante dos fatores ambientais e pessoais, reconhecendo o seu papel enquanto facilitadores ou barreiras ao desempenho e à participação da pessoa, ultrapassando assim um enfoque exclusivamente centrado na condição clínica.

Globalmente, o desenvolvimento destas três competências — cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade — consolidou uma prática especializada, integrada e centrada na pessoa, alinhada com o perfil do EEER e com as exigências do grau de mestre em enfermagem.

4. Limitações do contexto e desafios à implementação da reabilitação

Apesar das oportunidades de desenvolvimento de competências ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram identificadas algumas limitações estruturais que condicionam a plena implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Destaca-se, desde logo, a insuficiência de recursos humanos especializados, que se traduz numa limitação da continuidade e sistematização das intervenções de reabilitação, frequentemente condicionadas pelas exigências assistenciais dos serviços. Esta realidade dificulta a integração da reabilitação como componente estruturante dos cuidados, conduzindo, por vezes, à priorização de intervenções mais imediatas em detrimento de abordagens preventivas e de promoção da funcionalidade.

Paralelamente, verificou-se heterogeneidade na valorização da enfermagem de reabilitação entre equipas, refletindo-se numa integração variável do enfermeiro especialista nos processos de decisão clínica. Esta situação constitui um entrave à implementação de práticas diferenciadas e baseadas na evidência.

Adicionalmente, foram identificadas limitações ao nível de recursos materiais e organizacionais, nomeadamente a inexistência de protocolos estruturados de intervenção em alguns contextos e a reduzida disponibilidade de equipamentos específicos, o que condiciona a otimização das intervenções. Estes constrangimentos evidenciam a necessidade de estratégias de mudança organizacional centradas nas necessidades de cuidados dos clientes, assegurando respostas eficazes, seguras e individualizadas. Neste contexto, torna-se fundamental adequar os rácios profissionais e implementar modelos de cuidados que integrem a reabilitação como eixo central da prática clínica, reconhecendo o contributo diferenciador do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização da autonomia.

5. Conclusão

O percurso desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio constituiu um processo estruturante e transformador, permitindo a consolidação de competências avançadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a construção progressiva de uma identidade profissional autónoma, crítica e baseada na evidência.

A diversidade dos contextos respiratório, cardíaco, músculo-esquelético e pediátrico, possibilitou uma compreensão integrada da pessoa ao longo do ciclo de vida e do continuum saúde-doença, evidenciando a centralidade da funcionalidade, da autonomia e da participação enquanto focos da intervenção em enfermagem de reabilitação. Este percurso permitiu desenvolver competências ao nível da avaliação funcional sistematizada, planeamento e implementação de intervenções especializadas, monitorização da resposta ao exercício e capacitação da pessoa e família para o autocuidado.

Mais do que a aquisição de competências técnicas, este processo representou uma evolução significativa na forma de pensar e exercer cuidados. A experiência clínica vivenciada confrontou-me com desafios reais — desde a gestão de pessoas com baixa adesão aos programas de reabilitação, à necessidade de adaptação da intervenção a contextos de maior complexidade clínica e emocional, incluindo situações de fim de vida e de vulnerabilidade pediátrica. Estes momentos exigiram capacidade de análise, tomada de decisão e adaptação contínua, contribuindo para o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais flexível, centrado na pessoa e sustentado por princípios éticos e científicos.

A integração de referenciais teóricos, nomeadamente a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis, compreender os processos e sustentar a prática desenvolvida, reforçando o papel do EEER enquanto facilitador da adaptação da pessoa à doença, promotor da autonomia e agente ativo na maximização da funcionalidade. Simultaneamente, a utilização de instrumentos de avaliação funcional e a aplicação de intervenções baseadas na evidência contribuíram para uma prática mais estruturada, segura e eficaz.

Ao longo deste percurso, tornou-se igualmente evidente que a prática clínica, por si só, levanta questões que exigem aprofundamento e validação científica. A identificação de situações em que a intervenção poderia ser otimizada, nomeadamente ao nível da deteção precoce de alterações da deglutição em pessoas idosas, despertou a necessidade de compreender melhor a evidência existente nesta área.

A experiência em contexto clínico, incluindo a realização de avaliações da deglutição segundo protocolos institucionais, permitiu reconhecer o impacto potencial destas alterações na ocorrência de complicações respiratórias, particularmente na pneumonia por aspiração. Neste sentido, a componente de investigação não surge como um elemento dissociado da prática, mas como uma continuidade natural do percurso formativo e profissional. A scoping review desenvolvida, intitulada “Programas de rastreio da disfagia para prevenir a pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade”, emerge assim da necessidade de fundamentar a prática clínica e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Cada contexto de estágio, cada pessoa cuidada e cada desafio superado deixaram marcas indeléveis na minha formação. Levo comigo a gratidão pelos profissionais que me acompanharam com generosidade e exigência, aos meus supervisores, pelas equipas que me acolheram e, acima de tudo, pelas pessoas que confiaram em mim o seu cuidado nos momentos de maior vulnerabilidade. Foram, sobretudo, as pessoas que cuidaram de mim enquanto eu cuidava delas — com as suas histórias, resistências e pequenas conquistas — que verdadeiramente me ensinaram o que significa reabilitar. Este não é um ponto de chegada, mas sim um ponto de partida para uma prática profissional em constante evolução.

A reabilitação ensinou-me que o cuidado mais profundo nasce onde a ciência encontra a humanidade — e é nesse espaço, sustentado pela evidência e pela reflexão contínua, que assumo o compromisso de continuar a desenvolver a minha prática enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

PROGRAMAS DE RASTREIO DA DISFAGIA PARA PREVENIR A PNEUMONIA POR ASPIRAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA A RESIDIR NA COMUNIDADE: SCOPING REVIEW

RESUMO

Introdução: A disfagia é uma condição prevalente na população idosa, muitas vezes silenciosa e subdiagnosticada, associada a complicações graves como pneumonia por aspiração e desnutrição. A detecção precoce através de instrumentos de rastreio validados é essencial para uma intervenção atempada, especialmente em contextos comunitários, onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel estratégico na promoção da saúde e prevenção da perda funcional.

Objetivo: Mapear a evidência científica que permita identificar e descrever os programas de rastreio da disfagia para a prevenção da pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade.

Metodologia: *Scoping Review* realizada conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute*.

Pesquisa realizada nas bases de dados B-On, MEDLINE Complete, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, PubMed e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Os estudos identificados foram organizados no *Rayyan®*. Foram incluídos estudos publicados em português, espanhol e inglês e sem limite temporal. Dos 8 estudos elegíveis, 4 foram incluídos na revisão.

Resultados: Foram identificados instrumentos validados para o rastreio da disfagia em idosos na comunidade, como o EAT-10, V-VST e SSQ, bem como o desenvolvimento de uma nova ferramenta de triagem para Identificação de Disfagia Pré-Clínica, cumprindo o objetivo de identificar os instrumentos de avaliação. Os quatro estudos evidenciam que o rastreio permite identificar indivíduos em risco e prevenir complicações, nomeadamente pneumonia por aspiração. Contudo, os resultados indicam que a eficácia não depende de um único instrumento, mas da implementação de estratégias integradas, multidisciplinares e centradas na pessoa, adaptadas ao contexto comunitário.

Conclusão:

A evidência disponível é limitada e fragmentada, mas sugere que o rastreio da disfagia em idosos na comunidade, integrado em estratégias multidisciplinares e centradas na pessoa, pode contribuir para a prevenção da pneumonia por aspiração. São necessários mais estudos primários em contexto comunitário para fundamentar a implementação de programas estruturados.

Palavras-chave: Disfagia/Distúrbios da deglutição; Pneumonia por aspiração; Idosos; Diagnóstico Precoce; Enfermagem

EARLY IDENTIFICATION PROGRAMS FOR SWALLOWING DISORDERS TO PREVENT PULMONARY COMPLICATIONS IN COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is a prevalent condition in the elderly population, often silent and underdiagnosed, and associated with serious complications such as aspiration pneumonia and malnutrition. Early detection through validated screening tools is essential for timely intervention, especially in community settings, where the Rehabilitation Nursing Specialist plays a strategic role in health promotion and the prevention of functional decline.

Objective: To map the scientific evidence that enables the identification and description of dysphagia screening programs for the prevention of aspiration pneumonia in the older adult population living in the community.

Methodology: Scoping review conducted in accordance with the recommendations of the Joanna Briggs Institute. The search was carried out in the B-On, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, PubMed, and the Portuguese Open Access Scientific Repository databases. The identified studies were organized using Rayyan®. Studies published in Portuguese, Spanish, and English were included, with no time limit. Of the eight eligible studies, four were included in the review.

Results: Validated instruments for screening dysphagia in older adults in the community were identified, such as the EAT-10, V-VST, and SSQ, as well as the development of a new screening tool for the Identification of Pre-Clinical Dysphagia, fulfilling the objective of identifying assessment instruments. The four studies show that screening makes it possible to identify individuals at risk and prevent complications, namely aspiration pneumonia. However, the results indicate that effectiveness does not depend on a single instrument, but on the implementation of integrated, multidisciplinary, and person-centered strategies adapted to the community context.

Conclusion:

The available evidence remains limited and fragmented; however, it suggests that early dysphagia screening in community-dwelling older adults, when integrated into multidisciplinary and person-centered strategies, may contribute to the prevention of aspiration pneumonia. Further primary studies conducted in community settings are required to inform the implementation of structured screening programs.

Keywords: Dysphagia/Swallowing disorders; Aspiration pneumonia; Elderly; Early diagnosis; Nursing.

1. Enquadramento Teórico

O panorama demográfico global está a sofrer mudanças significativas, marcadas sobretudo pelo aumento da população idosa. Esta transformação demográfica tem implicações profundas nos sistemas de saúde e na sociedade em geral. À medida que a esperança média de vida continua a aumentar, os idosos tornam-se um segmento populacional cada vez mais proeminente e relevante. A dimensão de pessoas com 65 anos ou mais está a crescer rapidamente, sendo estimado que, até 2050, cerca de uma em cada seis pessoas pertença a este grupo etário (Kocanova et al., 2023; United Nations, 2023). Em Portugal, o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é de 2 484 783 (Pordata, 2024). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), o índice de envelhecimento é de 185,6, o que significa que existem cerca de 186 idosos por cada 100 jovens, evidenciando uma população envelhecida. Acresce ainda um índice de dependência dos idosos de 38, indicando que por cada 100 pessoas em idade ativa existem 38 idosos potencialmente dependentes. Esta realidade demográfica traduz-se num aumento da prevalência de comorbilidades e de situações de dependência, o que implica uma maior necessidade de cuidados de saúde, apoio por parte de cuidadores e uma maior pressão sobre os sistemas de saúde.

Perante estas mudanças demográficas iminentes, torna-se essencial compreender os desafios específicos de saúde enfrentados pelas pessoas idosas, nomeadamente no que diz respeito à suscetibilidade para episódios de aspiração e às complicações infecciosas associadas (Ocrospoma & Restrepo, 2024). Os eventos de aspiração variam entre microaspiração (inalação subtil de pequenas quantidades de material estranho para os pulmões) e macroaspiração (eventos de aspiração mais significativos e substanciais), que são particularmente relevantes na população idosa, devido a alterações relacionadas com a idade nos mecanismos protetores das vias aéreas e no processo de deglutição. Os episódios de aspiração podem resultar na inalação de conteúdos gástricos ou secreções orais, podendo causar complicações pulmonares graves (Ocrospoma & Restrepo, 2024). Nos idosos, os eventos de aspiração conduzem frequentemente ao desenvolvimento de pneumonia por aspiração grave, uma condição potencialmente fatal que muitas vezes requer internamento em unidade de cuidados intensivos (Ocrospoma & Restrepo, 2024).

De acordo com Carrión et al. (2017) e Uno e Kubo (2021), uma parte significativa da investigação sobre disfagia em idosos tem vindo a ser desenvolvida em contextos institucionais, como Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou outras unidades de cuidados de longa duração,

onde se reconhece maior vulnerabilidade clínica e funcional. No entanto, a presente revisão centra-se especificamente na população idosa residente na comunidade. Este foco justifica-se pela necessidade de compreender a evidência disponível em contextos comunitários, onde a identificação precoce da disfagia pode ser mais desafiante e, simultaneamente, determinante para a prevenção de complicações como a pneumonia por aspiração.

A pneumonia por aspiração grave adquirida na comunidade caracteriza-se pela presença de conteúdo aspirado nos pulmões, conduzindo frequentemente a lesão pulmonar aguda grave, síndrome de dificuldade respiratória aguda e diversas complicações sistémicas. Os idosos são particularmente vulneráveis a estas condições devido às comorbilidades relacionadas com a idade e à diminuição da função imunológica (Carrión et al., 2017).

A disfagia, altamente prevalente na população idosa, foi reconhecida como uma síndrome geriátrica pela *European Union Geriatric Medicine Society*, que a define como uma condição que envolve dificuldade percebida ou real em formar ou deslocar com segurança o bolo alimentar da cavidade oral até ao esófago (Baijens et al., 2016). A disfagia é a dificuldade em iniciar a deglutição (disfagia orofaríngea) ou a sensação de que os alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos na transição da boca para o estômago (disfagia esofágica) (*World Gastroenterology Organisation*, 2014). Assume-se um problema com elevada prevalência a nível mundial, podendo afetar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Corresponde à dificuldade em deglutir, que se caracteriza tendo por base os sintomas e local da patologia (Ebihara, 2022).

A prevalência de disfagia na pessoa idosa foi calculada em diferentes contextos: varia entre 51% e 60% entre idosos institucionalizados, 44% em doentes internados em unidades de cuidados agudos geriátricos e apresenta uma média de 15% entre idosos que vivem na comunidade (Doan et al., 2022). Face a esta realidade, assume-se como importante aprofundar as intervenções que possam beneficiar os idosos residentes na comunidade, por se tratar ainda de um grupo relativamente pouco investigado no que diz respeito à disfagia. Um estudo anterior, reporta que a disfagia, muito associada ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), pode conduzir a diversos problemas médicos, como a desidratação, a desnutrição, a pneumonia por aspiração e a asfixia (Madhavan et al., 2016).

Todavia, mesmo idosos aparentemente saudáveis apresentam risco de desenvolver disfagia, em consequência da diminuição das funções oral, faríngea e esofágica associada ao envelhecimento (Feng et al., 2023). Em alguns casos, a redução do reflexo da tosse e da eficácia da deglutição aumenta também o risco de pneumonia por aspiração (Feng et al., 2023). À medida que a população

idosa aumenta, espera-se igualmente um aumento da prevalência de disfagia. Não obstante, a transição da prestação de cuidados de saúde do contexto hospitalar para os cuidados domiciliários tem permitido que muitos idosos com perturbações ligeiras permaneçam nas suas casas (Feng et al., 2023). Neste contexto, torna-se fundamental a articulação entre os serviços de saúde pública e os serviços de cuidados de saúde domiciliários, com o objetivo de tratar estas condições e prevenir as suas complicações. Porém, muitos idosos que residem no seu domicílio e/ou com familiares podem ou não beneficiar de serviços de apoio domiciliário.

Nesta população, a disfagia pode estar associada quer às alterações fisiológicas do processo de deglutição relacionadas com o envelhecimento e a fragilidade, quer associada a diversas condições clínicas, incluindo os tumores da região do pescoço e do esófago ou doenças neurológicas, como o AVC, a demência ou a doença de Parkinson (Chen et al., 2020). Trata-se de uma condição grave que pode provocar uma diminuição da qualidade de vida e está associada a diversos resultados adversos, como a ineficácia na deglutição, com ingestão ineficaz de nutrientes e líquidos, podendo conduzir à desnutrição e/ou desidratação. A disfunção dos mecanismos de proteção da deglutição pode permitir a invasão da via aérea, levando à aspiração. Estes efeitos negativos estão associados a maior taxa de hospitalização e reinternamento, sofrimento psicológico e aumento da mortalidade (Doan et al., 2022).

A aspiração é definida como o desvio de conteúdos orofaríngeos ou gástricos para a laringe e trato respiratório inferior, sendo um dos principais riscos de saúde para os idosos com disfagia. Através do exame videofluoroscópico da deglutição (VFSS) - considerado o método de referência para detetar aspiração – estima-se que a prevalência de aspiração entre pessoas com disfagia se situe entre 43% e 51%. Além disso, entre 55% e 59% destas pessoas foram diagnosticadas com aspiração silenciosa, em que alimentos ou líquidos são aspirados para as vias aéreas sem tosse nem dificuldade respiratória, devido à disfunção do reflexo da tosse (Ocrospoma & Restrepo, 2024). Estas pessoas têm maior probabilidade de desenvolver infeções respiratórias, pneumonia por aspiração e até morte súbita por obstrução do bolo alimentar. Estudos anteriores mostraram que pessoas que experienciaram episódios prolongados de aspiração apresentaram um risco significativamente mais elevado de morte no prazo de um ano, comparativamente com aquelas sem aspiração (Yoshimatsu et al., 2024). Apesar da gravidade das complicações associadas à disfagia e à aspiração, muitas vezes estas permanecem por detetar e sem tratamento adequado. Assim, torna-se essencial investigar os programas que permitam prevenir ou reduzir a aspiração. Nos idosos que vivem na comunidade, esta relação torna-se especialmente preocupante, uma vez que muitos casos de disfagia permanecem subdiagnosticados,

atrasando a implementação de medidas preventivas eficazes (Yoshimatsu et al., 2024; Ocropsoma & Restrepo, 2024).

Neste contexto, os programas de rastreio sistemático da disfagia assumem um papel crucial na prevenção da pneumonia por aspiração. Através da identificação precoce de sinais de dificuldade na deglutição, é possível adequar precocemente a consistência alimentar, orientar para intervenções fonoaudiológicas e educar os cuidadores e famílias sobre as estratégias seguras de alimentação. A inclusão destes programas nos cuidados de saúde primários e nas unidades de apoio domiciliário permite reduzir complicações, hospitalizações evitáveis e melhorar a qualidade de vida dos idosos. Assim, o rastreio da disfagia deve ser encarado como uma intervenção de saúde pública essencial, especialmente numa população crescente e vulnerável como a dos idosos residentes na comunidade.

Mediante o exposto e por ser considerado um foco do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que assume um papel de relevo no planeamento e organização de formação sobre a avaliação da deglutição no seio da equipa de Enfermagem, bem como na capacitação do prestador de cuidados sobre a vigilância do reflexo de deglutição, realizou-se uma *Scoping Review* (ScR) sobre esta temática.

Na construção desta ScR a definição da questão de revisão constitui uma etapa central, orientando a seleção dos estudos, a extração de dados, o mapeamento da evidência e a interpretação dos resultados (Peters et al., 2020). Neste enquadramento definiu-se a seguinte questão de investigação: *Quais os programas de rastreio da disfagia para a prevenção da pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade?*

O objetivo principal do estudo consiste em mapear a evidência científica relativa aos programas de rastreio da disfagia para a prevenção da pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade. Como objetivos específicos, pretende-se:

- Identificar os instrumentos de avaliação do reflexo de deglutição utilizados na população idosa;
- Descrever a relação entre a aplicação de um programa de rastreio da disfagia e a prevenção da pneumonia por aspiração.

2. Metodologia

A presente revisão teve por base as diretrizes preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), destacando a relevância do rigor metodológico na condução da mesma (Peters et al., 2020) e foi suportada pelo modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021).

A ScR é reconhecida como uma modalidade de revisão sistemática da literatura, sendo atualmente uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da enfermagem baseada na evidência. O cenário da saúde e os cuidados associados têm-se tornado cada vez mais complexos, o que reforça a necessidade de abordagens metodológicas diferenciadas, além das revisões tradicionais (Pollock et al., 2023).

Este tipo de revisão oferece uma perspectiva ampla sobre um tema, área, conceito ou questão específica e integra dados de diferentes metodologias (Munn et al., 2022). O planeamento prévio de uma ScR é a base para a condução de um processo transparente, evitando ao máximo a possibilidade de viés (Peters et al., 2020). Como tal, o protocolo, previamente estabelecido, possibilitou responder à questão de revisão e alcançar os objetivos. Para a sua concretização, foi feito um mapeamento e síntese da evidência existente sobre a temática em estudo, enunciando os principais conceitos, tipos de estudos/fontes e *gaps*.

2.1 Critérios de Elegibilidade no Estudo

Para dar resposta à questão de revisão e aos objetivos definiu-se a estratégia População (P) Conceito (C) e Contexto (C) (Peters et al., 2020), conforme ilustrado no quadro 1.

Quadro 1:

Matriz PCC

Mnemónica	
P (Participantes)	Idosos (idade igual ou superior a 65 anos)
C (Conceito)	Programas de rastreio da disfagia para prevenção da pneumonia por aspiração

C (Contexto)	Comunidade
--------------	------------

Os critérios de elegibilidade estabelecem quais os estudos, os artigos e os participantes adequados ou não para a inclusão na pesquisa, assegurando uma seleção que seja coerente, imparcial e compatível com os objetivos definidos previamente. É fundamental que haja uma definição precisa e objetiva dos critérios de inclusão, fundamentados nos conceitos-chave relevantes para a revisão. Neste pressuposto, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão (quadro 2), baseados na dimensão da questão de revisão, tendo em conta a matriz PCC. Por conseguinte, foram considerados elegíveis estudos/artigos cuja população fossem pessoas idosas (População), que identificassem os programas de rastreio da disfagia para prevenção da pneumonia por aspiração (Conceito), no âmbito dos cuidados de saúde na comunidade (Contexto).

Quadro 2:

Critérios de elegibilidade

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P (População)	Idosos (idade igual ou superior a 65 anos)	População com idade inferior a 65 anos; população com mais de 65 anos com Gastrostomia Endoscópica Percutânea
C (Conceito)	Programas de rastreio da disfagia para prevenção da pneumonia por aspiração	Outros programas
C (Contexto)	Cuidados a idosos na comunidade	Cuidados fora do âmbito da saúde de idosos na comunidade

2.2 Tipos de Fontes de Evidência

A seleção das fontes de informação deve abranger toda a literatura relevante para a questão de pesquisa, com a definição prévia dos tipos de estudos a serem incluídos, para garantir a coerência metodológica e a transparência na revisão (Pollock et al., 2023). Os revisores podem aplicar critérios específicos para limitar ou expandir a ScR, direcionando a pesquisa para os estudos que melhor

atendem aos objetivos. A aplicação de limites na tipologia das fontes contribui para uma seleção mais precisa da evidência, evitando a inclusão de literatura irrelevante (Munn et al., 2022; Pollock et al., 2023).

Esta ScR incluiu estudos primários de diferentes tipos, como quantitativos, qualitativos e de métodos mistos e estudos secundários. A literatura cinzenta, teses e dissertações, também foi considerada. Optou-se por excluir resumos de conferências e apresentações orais. A avaliação da qualidade metodológica não foi realizada, porquanto não é obrigatória numa ScR, que visa mapear a evidência científica sem hierarquizar ou classificar criticamente os estudos (Munn et al., 2022).

2.3 Estratégia de Pesquisa

Para garantir uma identificação rigorosa da literatura relevante, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa trifásica, conforme os princípios metodológicos do JBI. O objetivo foi localizar estudos publicados, com restrições de idiomas (inglês, português e espanhol), mas não temporais, geográficas ou culturais. Foram ainda excluídos os estudos sem acesso gratuito ao texto integral.

A pesquisa inicial permitiu desenvolver uma expressão de pesquisa adaptada, com recurso a descritores e qualificadores da *Medical Subject Headings* (MeSH) e à aplicação de operadores booleanos (AND e OR). Para tal, foram identificados os principais conceitos relacionados com a temática em estudo e selecionados os respetivos descritores controlados, bem como sinónimos e termos livres associados, de forma a aumentar a sensibilidade e a abrangência da pesquisa nas diferentes bases de dados. O Quadro 3 apresenta os descritores MeSH utilizados e os respetivos sinónimos ou termos livres considerados para cada conceito de pesquisa.

Quadro 3:

Descritores MeSH utilizados e os seus sinónimos/termos livres

Conceito de pesquisa	Descritor MeSH	Sinónimos/termos livres
Disfagia	Deglutition Disorders	dysphagia; swallowing disorders; disfagia
Pneumonia por aspiração	Pneumonia, aspiration	aspiration pneumonia; pneumonia por aspiração
Rastreio/deteção precoce	Mass Screening	screening; early detection; early diagnosis; rastreio
População idosa	Aged	elderly; older adults; idosos

Contexto comunitário	Community Health Services	community dwelling; residing in the community; aging in place; comunidade
----------------------	---------------------------	---

Numa segunda fase em 29 de março de 2025, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados selecionadas, recorrendo aos termos de indexação identificados. No total, foram recuperados 49 artigos, distribuídos pelas seguintes bases de dados: B-On (18 artigos), MEDLINE Complete (21 artigos) Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (3 artigos), PubMed (7 artigos) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) (0 artigos). As estratégias de pesquisa realizada nas referidas bases de dados encontram-se no quadro 4.

Quadro 4:

Estratégia de pesquisa por base de dados

Base de dados	Expressão de pesquisa	Registos obtidos
B-On	(TX dysphagia OR TX "swallowing disorders") AND (TX "aspiration pneumonia") AND (TX screening OR TX "early detection" OR TX "early diagnosis") AND (TX elderly OR TX "older adults") AND (TX "community dwelling" OR TX "residing in the community")	18
MEDLINE Complete	(MH "Deglutition Disorders" OR TI dysphagia OR AB dysphagia) AND (MH "Pneumonia, Aspiration" OR TI "aspiration pneumonia" OR AB "aspiration pneumonia") AND (MH "Mass Screening" OR TI "early diagnosis" OR AB "early diagnosis" OR TI "early detection" OR AB "early detection") AND (MH "Aged" OR TI elderly OR AB elderly) AND (MH "Community Health Services" OR TI "aging in place" OR AB "aging in place" OR TI "community dwelling" OR AB "community dwelling")	21
<i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>	(MH "Deglutition Disorders" OR TI dysphagia OR AB dysphagia) AND (MH "Pneumonia, Aspiration" OR TI "aspiration pneumonia" OR AB "aspiration pneumonia") AND (MH "Mass Screening" OR TI "early diagnosis" OR AB "early diagnosis" OR TI "early detection" OR AB "early detection") AND (MH "Aged" OR TI elderly OR AB elderly) AND (MH "Community Health Services" OR TI "aging in place" OR AB	3

	"aging in place" OR TI "community dwelling" OR AB "community dwelling")	
Pubmed	("deglutition disorders"[MeSH Terms] OR dysphagia[Text Word]) AND ("pneumonia, aspiration"[MeSH Terms] OR "aspiration pneumonia"[Text Word]) AND ("mass screening"[MeSH Terms] OR "early diagnosis"[MeSH Terms] OR "early detection"[Text Word]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR elderly[Text Word]) AND ("community health services"[MeSH Terms] OR "aging in place"[Text Word] OR "community dwelling"[Text Word])	7
RCAAP	(dysphagia OR "swallowing disorders" OR disfagia) AND ("aspiration pneumonia" OR "pneumonia por aspiração") AND (screening OR "early detection" OR "early diagnosis" OR rastreio) AND (elderly OR "older adults" OR idosos) AND ("community dwelling" OR "residing in the community" OR comunidade)	0

2.4 Seleção de Estudos

Após a pesquisa nas bases de dados, previamente descrita, um total de 49 artigos foram obtidos e exportados para o *software* de gestão de seleção *Rayyan*, que permite, antes da triagem, eliminar os artigos duplicados. Os resultados obtidos durante o processo de seleção de estudos encontram-se definidos e esquematizados na figura 1.

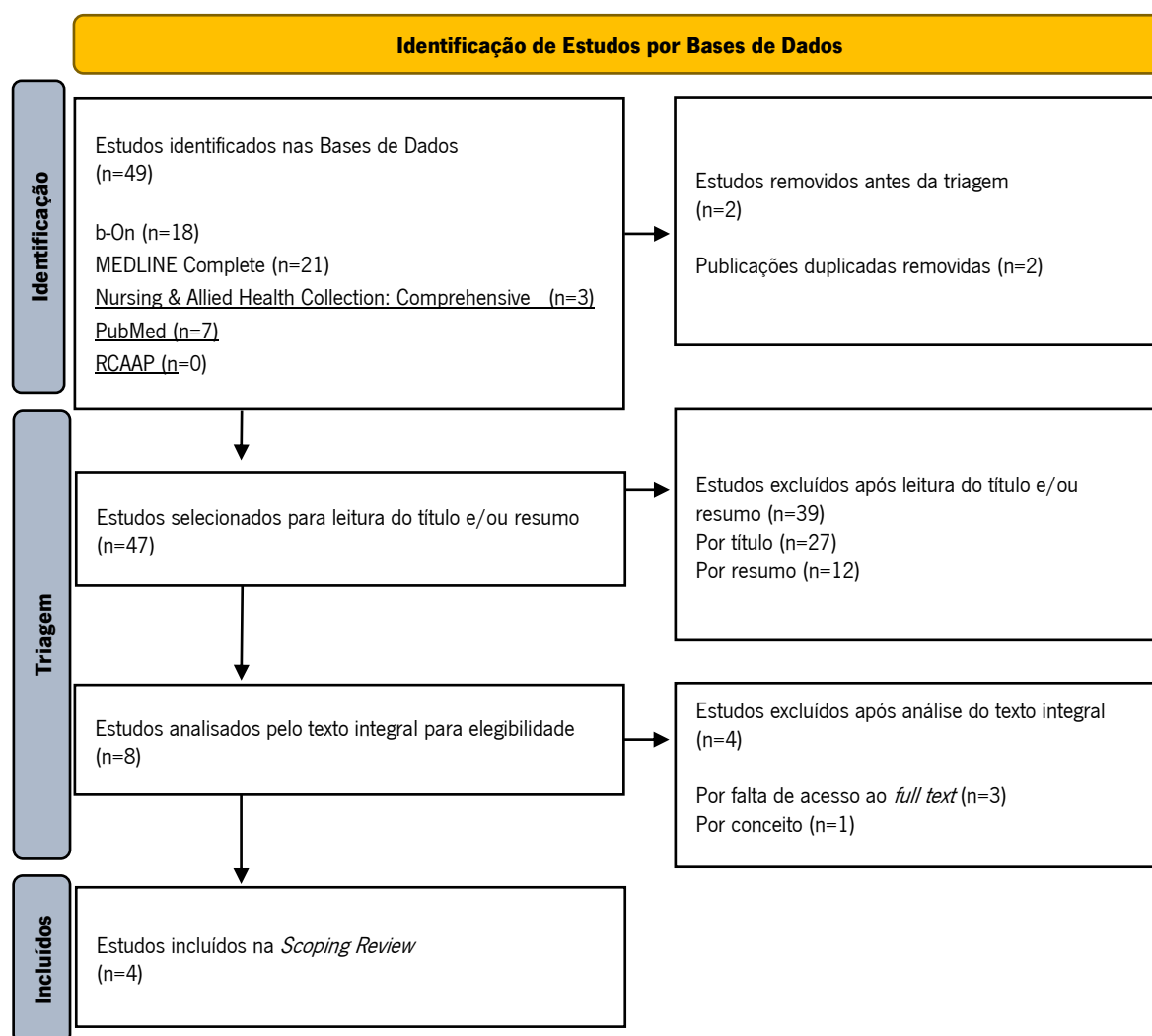
Foram formados dois grupos de revisores independentes, tendo em conta que a equipa de investigação é constituída por quatro elementos, que procederam à leitura e seleção dos artigos, por título e resumo, mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos e fontes selecionadas. Os mesmos revisores realizaram a análise dos artigos a serem obtidos para elegibilidade, através de uma leitura do texto integral.

Após a remoção dos duplicados, os estudos remanescentes foram submetidos à triagem por título e resumo. Nesta fase, foram excluídos os artigos que não respondiam à questão de investigação, nomeadamente por incidirem sobre populações não idosas, contextos predominantemente hospitalares ou institucionais. Posteriormente, os estudos potencialmente elegíveis foram avaliados em texto

integral, tendo sido excluídos os que não correspondiam ao conceito definido para a revisão ou cujo texto integral não estava acessível.

Em todas as etapas, de triagem e de inclusão, não ocorreram divergências que não fossem resolvidas entre os revisores, não tendo sido necessária a inclusão de outro revisor.

Figura 1: Diagrama Prisma- ScR



3. Apresentação dos Resultados/ Extração de Dados

Para dar resposta ao objetivo central deste estudo - mapear a evidência científica que permita identificar e descrever o estado atual dos programas de rastreio da disfagia para a prevenção da pneumonia por aspiração na população idosa a residir na comunidade, procedeu-se à análise de estudos que abordam, de forma direta, a criação, validação, aplicação ou revisão de ferramentas de triagem e avaliação neste contexto.

A seleção dos estudos foi norteadada por critérios de inclusão previamente definidos, com destaque para a abordagem da população idosa, o contexto de vida na comunidade e a pertinência dos instrumentos utilizados na avaliação do reflexo da deglutição. A seguir, apresenta-se a tabela nº1 que contém os dados essenciais de cada estudo incluído: número de referência, autores, título, país de origem, objetivos e metodologia empregue e principais resultados. Esta sistematização permitiu uma leitura comparativa e integrada das principais contribuições científicas encontradas, oferecendo uma base robusta para refletir sobre as práticas atuais e as lacunas existentes na triagem precoce da disfagia na população de idosos na comunidade.

A análise dos estudos incluídos nesta ScR revela uma diversidade geográfica e temporal que reforça o interesse crescente pela temática do rastreio precoce da disfagia na população idosa. Os trabalhos analisados foram desenvolvidos entre 2018 e 2022, com destaque para três países que concentram grande parte da investigação nesta área: EUA, China e Portugal. O estudo mais antigo é o de Madhavan et al. (2018), realizado nos EUA, que propõe o desenvolvimento e validação de uma ferramenta de triagem para identificação precoce da disfagia pré-clínica em idosos que vivem na comunidade. Ainda nos EUA, Namasivayam-MacDonald e Riquelme (2019) apresentaram uma revisão narrativa aprofundada sobre presbifagia e disfagia, propondo estratégias clínicas para cuidados integrados e centrados na pessoa. Apesar de incluir populações idosas em diferentes contextos de cuidados, incluindo ERPI, o estudo foi considerado relevante para esta revisão por abordar instrumentos de rastreio e estratégias de avaliação aplicáveis também a idosos residentes na comunidade.

Em 2022, Chen et al., na China, desenvolveram uma revisão narrativa que sintetiza os fatores de risco, métodos de rastreio e instrumentos de avaliação de disfagia aplicados à população idosa em contexto comunitário. Por fim, o estudo mais recente, de Santos et al.

(2021) destaca que a disfagia constitui um importante fator de risco para pneumonia por aspiração na população idosa e evidencia a relevância do rastreio precoce da deglutição para a identificação de pessoas em risco. Esta distribuição temporal e geográfica dos estudos permite observar uma tendência crescente na investigação sobre a disfagia no envelhecimento e a sua relevância em diferentes realidades socioeconómicas e sistemas de saúde.

Tabela 1:

Extração de Dados

Nº/Autor/Ano/ Título/País	Objetivo	Metodologia	Resultados
E1 Madhavan, A., Carnaby, GD, Chhabria, K., & Crary, MA (2018). Preliminary Development of a Screening Tool for Pre-Clinical Dysphagia in Community Dwelling Older Adults Estados Unidos da América (EUA)	<u>Objetivo:</u> Desenvolver e validar uma ferramenta de triagem (screening) para identificar a disfagia pré-clínica (dificuldades de deglutição ainda não diagnosticadas clinicamente) em idosos que vivem na comunidade (community-dwelling older adults – CDOA).	<u>Tipo de estudo:</u> Estudo quantitativo, exploratório, com validação psicométrica de um instrumento. <u>Participantes:</u> Fase 1 (piloto): 53 idosos; Fase 2 (validação): 335 idosos. <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Patient-Reported Outcome (PRO) Screening Tool for Pre-Clinical Dysphagia in Community-Dwelling	<u>Escalas de avaliação da disfagia</u> O artigo apresenta três instrumentos previamente desenvolvidos e validados para a população idosa, correspondentes a escalas de avaliação da deglutição adequadas a este grupo: o Volume Viscosity Swallow Test (V-VST), o Sydney Swallowing Questionnaire (SSQ) e o Eating Assessment Tool-10 (EAT-10). Contudo, aponta também que estas escalas não são apropriadas para a identificação precoce da disfagia pré-clínica, pois: avaliam a gravidade da disfagia apenas em idosos sintomáticos; não consideram fatores associados ao envelhecimento como a saúde oral, o declínio cognitivo e físico. <u>Relação entre rastreio da disfagia e prevenção da pneumonia por aspiração</u> Portanto, foi construída e validada uma nova ferramenta de triagem (screening tool) especificamente para idosos que vivem na comunidade, com forte validade de construto e consistência interna -

		Older Adults	Patient-Reported Outcome (PRO) Screening Tool for Pre-Clinical Dysphagia in Community-Dwelling Older Adults/Ferramenta de Triagem por Autorrelato para Identificação de Disfagia Pré-Clinica em Idosos que Vivem na Comunidade: contém 17 itens finais, distribuídos em três domínios principais: Esforço na deglutição (swallowing effort); Função física; Capacidades cognitivas e comunicativas. A análise do construto identificou um modelo de três fatores que explicou 67,3% da variância explicada. Os resultados revelaram uma forte validade e consistência interna (α de Cronbach = 0,90).. Este instrumento é mais abrangente e centrado no envelhecimento do que os instrumentos de rastreio da disfagia existentes. A inclusão de múltiplos domínios pode ser fundamental para a identificação precoce da disfagia pré-clínica. <i>Principais estratégias e implicações para a prática clínica:</i> • Desenvolvimento e validação de uma ferramenta de triagem específica para a disfagia pré-clínica em idosos da comunidade. • Aplicação em contextos de saúde primária e centros de dia/ERPI, para detetar precocemente as alterações subtis da deglutição antes da manifestação de sintomas clínicos
--	--	--------------	---

			evidentes. • Envolve instrumento autoaplicável, prático e de fácil integração em avaliações de rotina de saúde geriátrica.
E2 Chen, K., Xing, L., Xu, B., Li, Y., Liu, T., Zhang, T., Shi, H., Lu, H., Zhou, W., Hou, J., Shi, H., & Qin, D. (2022). <i>Research progress in the risk factors and screening assessment of dysphagia in the elderly.</i> China	<u>Objetivos:</u> Rever os fatores de risco, métodos de rastreio e medidas preventivas e terapêuticas da disfagia na população idosa na comunidade; analisar instrumentos de avaliação utilizados internacionalmente, as suas aplicações e limitações, com foco nos idosos que vivem na comunidade.	<u>Tipo de estudo:</u> Revisão narrativa <u>Participantes:</u> População idosa na comunidade. <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> As fontes incluem bases de dados científicas e artigos publicados até 2022. Inclui análise descritiva de instrumentos de rastreio, dos fatores de risco associados à disfagia e das	<u>Escalas de avaliação da disfagia</u> O artigo apresenta uma tabela extensa com mais de 20 instrumentos de rastreio, sendo os mais referenciados: • Videofluoroscopic Swallowing Study (VFSS) • Water Swallow Test (WST) • Volume Viscosity Swallowing Test (V-VST) • EAT-10 • Gugging Swallowing Screen (GUSS) • DRACE (para idosos da comunidade no Japão) Cada instrumento é descrito quanto à origem, indicadores, método e características. <u>Relação entre rastreio da disfagia e prevenção da pneumonia por aspiração</u> • O estudo enfatiza que a disfagia é um fator de risco direto para pneumonia por aspiração, perda de peso, desnutrição e

		estratégias de prevenção e tratamento.	até morte. • O rastreio precoce permite intervenções antes do aparecimento de complicações graves como a pneumonia, reduzindo internamentos e custos de saúde. • Cita dados indicando que mais de 60.000 mortes/ano nos EUA estão associadas a complicações de disfagia na pessoa idosa, sendo a pneumonia por aspiração a mais grave. <i>Principais estratégias e implicações para a prática clínica:</i> • Revisão de instrumentos internacionais com enfoque na eficácia do rastreio precoce. • Recomenda a integração de rastreios regulares em programas de saúde comunitária. • Destaca a importância da formação de cuidadores e profissionais de saúde na identificação de sinais iniciais de disfagia. • Sugere abordagem multidisciplinar para prevenir complicações como pneumonia por aspiração.
E3. Namasivayam-	<u>Objetivos:</u> Mapear e discutir as	<u>Tipo de estudo:</u> Revisão narrativa da literatura	ia O artigo menciona instrumentos validados para triagem de disfagia em

MacDonald, A. M., & Riquelme, L. F. (2019). <i>Presbyphagia to dysphagia: Multiple perspectives and strategies for quality care of older adults</i>. EUA	evidências atuais para apoiar decisões clínicas na avaliação, rastreio e tratamento da disfagia em idosos, focando em: Diferenças entre presbifagia (alterações naturais da deglutição com o envelhecimento) e disfagia; estratégias práticas para cuidados de qualidade aos idosos, enfatizando a importância da abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa.	<u>Participantes:</u> idosos com 65 anos ou mais, residentes na comunidade e em ERPI. <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> bases de dados: PubMed/MEDLINE; CINAHL; Google Scholar.	idosos da comunidade: • V-VST (Volume-Viscosity Swallow Test) • SSQ (Sydney Swallowing Questionnaire) • EAT-10 (Eating Assessment Tool) Também refere o 3-ounce water swallow test, útil em hospitais e LTCs, especialmente em doentes com défices cognitivos. <i>Relação entre rastreio da disfagia e prevenção da pneumonia por aspiração</i> • O artigo refere que a triagem precoce é fundamental para evitar pneumonia por aspiração, desnutrição e desidratação. • Cita estudos que mostram redução de pneumonia com protocolos formais de rastreio em contextos hospitalares. • Defende a implementação de rastreios regulares, mesmo em idosos sem sintomas aparentes, dado o risco elevado de disfagia silenciosa. <i>Principais estratégias e implicações para a prática clínica:</i> • Educação e sensibilização dos profissionais de saúde e cuidadores sobre a presbifagia (mudanças fisiológicas
---	---	--	--

			normais) e a sua progressão para disfagia. • Implementação de protocolos de rastreio padronizados em hospitais, ERPI/comunidade. • Encoraja o uso de instrumentos validados como o V-VST, EAT-10 e SSQ para triagem precoce. • Foco na avaliação funcional da deglutição como rotina preventiva em populações geriátricas.
E4. Santos, J. M. L. G. <i>et al.</i>, (2021) <i>Interventions to Prevent Aspiration Pneumonia in Older Adults: An Updated Systematic Review</i> Portugal	<u>Objetivos:</u> Atualizar a evidência científica sobre a eficácia de intervenções farmacológicas e não farmacológicas na prevenção da pneumonia por aspiração em idosos em risco de aspiração.	<u>Tipo de estudo:</u> Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (RCTs). <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Pesquisa nas bases de dados MEDLINE, Scopus, Web of Science e Cochrane Central Register of Controlled Trials.	<i>Escalas de avaliação da disfagia</i> O artigo menciona instrumentos validados para triagem de disfagia em idosos da comunidade: • Swallowing screening (rastreio da deglutição) • Cough Reflex Test (CRT) • Avaliação clínica da deglutição por terapeuta da fala • Videofluoroscopic Swallowing Study (VFSS) <i>Relação entre o rastreio da disfagia e a prevenção da pneumonia por aspiração</i> • A disfagia é um fator de risco importante para pneumonia por aspiração em idosos. • O rastreio precoce da deglutição permite identificar indivíduos

			em risco de aspiração. • A deteção de aspiração silenciosa possibilita intervenção precoce e redução de complicações respiratórias. <i>Principais estratégias e implicações para a prática clínica:</i> • Intervenções farmacológicas para reduzir o risco de pneumonia por aspiração. • Intervenções dietéticas e estratégias compensatórias (modificação da consistência alimentar e técnicas posturais). • Cuidados de higiene oral para reduzir colonização bacteriana. • Abordagens multidisciplinares e métodos de rastreio para identificação precoce e prevenção.
--	--	--	--

4. Discussão

A presente scoping review cumpriu o seu objetivo central de mapear a evidência científica disponível sobre programas de rastreio da disfagia orientados para a prevenção da pneumonia por aspiração em pessoas idosas residentes na comunidade. Os resultados obtidos, a partir da análise de quatro estudos incluídos, revelam um corpo de conhecimento ainda emergente, heterogêneo e com fragilidades metodológicas, mas permitem responder aos dois objetivos específicos delineados.

4.1. Identificação dos instrumentos de avaliação do reflexo de deglutição utilizados na população idosa

Relativamente ao primeiro objetivo – identificar os instrumentos de avaliação do reflexo de deglutição utilizados na população idosa – os resultados da revisão demonstram a existência de ferramentas validadas e amplamente descritas na literatura. Destacam-se instrumentos como o *Eating Assessment Tool* (EAT-10), o *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST) e o *Sydney Swallowing Questionnaire* (SSQ), referidos por Chen et al. (2022) como métodos de rastreio aplicáveis à população idosa em contexto comunitário. Adicionalmente, Madhavan et al. (2018) desenvolveram e validaram uma ferramenta de triagem especificamente para identificação precoce da disfagia pré-clínica em idosos que vivem na comunidade, demonstrando um esforço inovador na deteção de alterações subclínicas.

Contudo, uma análise crítica dos resultados permite constatar que a maioria destes instrumentos se centra predominantemente na identificação de disfagia já instalada, apresentando limitações na deteção precoce de alterações subclínicas da deglutição. Esta constatação é consistente com a literatura, que descreve a disfagia como uma condição frequentemente silenciosa e subdiagnosticada na população idosa, particularmente em contexto comunitário, onde a vigilância clínica é menos intensiva (Madhavan et al., 2016; He et al., 2024). A presbifagia, ou disfagia associada ao envelhecimento fisiológico, pode preceder a instalação de quadros clínicos mais graves, tornando essencial o desenvolvimento de instrumentos sensíveis para fases iniciais (Feng et al., 2023; Namasivayam-MacDonald & Riquelme, 2019).

4.2. Relação entre a aplicação de um programa de rastreio da disfagia e a prevenção da pneumonia por aspiração.

No que concerne ao segundo objetivo – descrever a relação entre a aplicação de um programa de rastreio da disfagia e a prevenção da pneumonia por aspiração – os resultados da scoping review apontam para uma relação indireta, mas consistente. Os estudos incluídos sugerem que a eficácia dos programas de rastreio não depende exclusivamente do instrumento utilizado, mas sim da sua integração em abordagens multidisciplinares e sistematizadas.

Namasivayam-MacDonald & Riquelme (2019) reforçam que a articulação entre avaliação clínica, intervenção precoce, educação para a saúde e capacitação dos cuidadores constitui um elemento-chave na prevenção da pneumonia por aspiração. Esta perspetiva encontra suporte em literatura adicional, que evidencia que intervenções isoladas apresentam impacto limitado, enquanto estratégias integradas contribuem para melhores resultados em saúde, nomeadamente na redução de complicações respiratórias e hospitalizações evitáveis (Santos et al., 2021; Ocrospoma & Restrepo, 2024). O estudo de Santos et al. (2021) destaca que a disfagia constitui um importante fator de risco para pneumonia por aspiração na população idosa e evidencia a relevância do rastreio precoce da deglutição para a identificação de pessoas em risco.

No entanto, a análise crítica dos resultados permite identificar uma lacuna significativa: apesar da existência de instrumentos validados, a sua aplicação sistemática em contexto comunitário é limitada, sendo frequentemente dependente da iniciativa individual dos profissionais e da disponibilidade de recursos (Chen et al., 2022; He et al., 2024). Esta realidade reforça a necessidade de desenvolvimento de modelos organizacionais que integrem o rastreio da disfagia como prática sistemática, particularmente nos cuidados de saúde primários e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

4.3. Lacunas do conhecimento e implicações para a investigação futura

Olhando para os resultados, saltam à vista várias lacunas que, mais do que apontar falhas, deviam, a meu ver, orientar a investigação nos próximos anos.

A primeira, e talvez a mais óbvia, é que não existem programas estruturados testados em contexto comunitário. Nenhum dos estudos incluídos avaliou se um programa organizado e sistemático de

rastreio da disfagia reduz efetivamente a pneumonia por aspiração. O que há, maioritariamente, são estudos que se centram em validar instrumentos, e isso é importante, claro, mas pouco ou nada nos dizem sobre o impacto clínico a médio ou longo prazo. Fica a sensação de que estamos a afinar ferramentas sem as por verdadeiramente à prova no terreno (Madhavan et al., 2018; Chen et al., 2022).

Depois, há a questão das fases subclínicas. A maioria dos instrumentos disponíveis deteta a disfagia quando ela já é evidente. Mas e antes disso? O envelhecimento traz alterações subtis na deglutição que muitas vezes passam despercebidas até aparecer uma complicação grave. É curioso como fatores como o declínio funcional, a saúde oral ou mesmo o compromisso cognitivo raramente são contemplados nas ferramentas atuais. Parece-me que há aqui um desalinhamento entre aquilo que a literatura geriátrica sabe sobre o envelhecimento e o que os instrumentos de rastreio efetivamente avaliam (Namasivayam-MacDonald & Riquelme, 2019; Feng et al., 2023).

Finalmente, um apontamento que me parece relevante para a enfermagem de reabilitação em Portugal. Nos estudos internacionais que analisei, o rastreio da disfagia é feito por terapeutas da fala, nutricionistas, médicos — ou seja, por várias profissões, consoante o contexto. Longe de ver isto como um problema, encaro-o como uma oportunidade. Se noutros países estas tarefas estão distribuídas, por cá o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode (e talvez deva) assumir este papel na comunidade. A deteção precoce, a monitorização da deglutição, a capacitação da pessoa e da família para lidar com o risco no dia a dia — tudo isto está no núcleo duro das nossas competências. O que falta talvez não sejam capacidades técnicas, mas sim organização e visibilidade.

4.4. Implicações para a prática clínica

Apesar das lacunas identificadas, e são várias, os resultados desta scoping review não ficam só no diagnóstico do que falta. Permitem também pensar no que se pode fazer, mesmo com a evidência que temos.

Uma coisa parece clara: o rastreio da disfagia não devia ser uma iniciativa isolada de um profissional mais atento ou uma resposta a uma queixa já instalada. Deveria estar integrado como prática sistemática nos cuidados de saúde primários e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. E não como uma tarefa avulsa, mas no quadro de abordagens multidisciplinares e centradas na

pessoa — porque a disfagia não é só um problema de deglutição, é um problema que toca a nutrição, a hidratação, a segurança respiratória, a autonomia, a qualidade de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem aqui um papel que me parece até óbvio, mas que na prática está pouco assumido. Detetar precocemente alterações da deglutição, capacitar a pessoa e quem cuida, implementar estratégias preventivas, isto não é um desvio das nossas funções, é o centro delas. Podemos, e penso que devemos, liderar programas de rastreio em contexto comunitário. Não porque sejamos melhores do que outros profissionais, mas porque estamos posicionados para fazer uma vigilância continuada, no domicílio, com uma visão holística que vai além do ato de rastrear.

Quanto à investigação futura, não vou sugerir estudos por sugerir. Mas parece-me urgente que se desenhem estudos com metodologias robustas — ensaios quasi-experimentais, estudos longitudinais — que testem, de facto, se um programa de rastreio organizado faz diferença na vida das pessoas. Em resultados concretos: reduz a pneumonia por aspiração? Evita hospitalizações? Melhora a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos que vivem nas suas casas? Sem respostas a estas perguntas, o rastreio corre o risco de ficar como uma boa intenção, legitimada pela lógica, mas sem sustentação na evidência.

5- Conclusão

Chegando ao fim desta scoping review, a primeira sensação é que o tema é mais importante do que a investigação que tem gerado. Isto é, todos os autores reconhecem que a disfagia no idoso é um problema sério, que a pneumonia por aspiração é uma complicação temível e que o rastreio faz todo o sentido. Mas quando se olha para a evidência disponível especificamente em contexto comunitário, o que encontramos é pouco, disperso e pouco conclusivo.

Voltando aos objetivos específicos que defini no início, posso dizer que ambos foram atingidos, embora os resultados não sejam tão sólidos quanto gostaria. Quanto ao primeiro objetivo — “identificar os instrumentos de avaliação do reflexo de deglutição utilizados na população idosa” — os estudos incluídos mostram que existem ferramentas validadas, como o EAT-10, o V-VST e o SSQ, e há até tentativas recentes de desenvolver instrumentos para fases pré-clínicas. Mas a crítica que fica é que a maioria destes instrumentos deteta a disfagia quando ela já está instalada, o que, para uma condição que é muitas vezes silenciosa, especialmente em idosos que vivem com pouca vigilância clínica, é uma limitação grave. Quanto ao segundo objetivo — “descrever a relação entre programas de rastreio da disfagia e prevenção da pneumonia por aspiração” — a conclusão é mais frágil, pois não há estudos que demonstrem de forma clara que um programa de rastreio, por si só, reduz a incidência de pneumonia por aspiração. O que a literatura sugere é que o rastreio faz sentido quando integrado numa abordagem mais ampla, intervenção precoce, educação dos cuidadores, adequação da dieta, acompanhamento multidisciplinar. Mas programas estruturados e sistemáticos, testados na comunidade com metodologias robustas, praticamente não existem, e esta é, provavelmente, a conclusão mais relevante desta revisão: existe uma lacuna grande entre o que se intui ser benéfico e o que efetivamente se estudou.

Para a prática clínica, sugiro que o rastreio da disfagia passe a ser uma prática sistemática nos cuidados de saúde primários e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem competências para liderar este processo na deteção precoce, na capacitação de cuidadores e na implementação de estratégias preventivas ao domicílio. Para a investigação, sugiro que se invista em estudos longitudinais e quasi-experimentais que testem, com indicadores clínicos concretos, se um programa organizado de rastreio reduz efetivamente a pneumonia por aspiração, as hospitalizações e o sofrimento das pessoas idosas que vivem nas suas casas.

No fundo, esta scoping review mostrou-me que sabemos o que devia ser feito, mas ainda não sabemos bem como fazê-lo de forma estruturada e baseada na evidência, ficando o diagnóstico e também a convicção de que a enfermagem de reabilitação pode, e deve, ocupar este espaço.

6. Considerações finais

Os estágios que constituíram a Parte I deste relatório deixaram-me ganhos que vão muito além da execução técnica. Aprendi, acima de tudo, que um bom Enfermeiro de Reabilitação é alguém que escuta, que adapta, que negocia e que não desiste quando a adesão não é imediata. Levo comigo a consciência de que a reabilitação se faz com a pessoa, não sobre a pessoa. Aprendi a usar instrumentos de avaliação funcional, a planear intervenções individualizadas, a capacitar famílias para a continuidade dos cuidados no domicílio. Mas aprendi também, sobretudo no contexto da ortopedia e da reabilitação respiratória, que há áreas, como o rastreio da disfagia, onde a prática clínica ainda está aquém do que a evidência sugere. Foi essa desconexão, embora percecionada em contexto hospitalar, que deu sentido à investigação que desenvolvi na Parte II.

A componente de investigação ultrapassou o contexto académico e assumiu relevância no domínio da disseminação científica. O protocolo da scoping review foi apresentado em diferentes contextos técnico-científicos: no CIES2025 – International Congress on Ageing, Education, Health and Society, sob a forma de comunicação oral (Anexo IV), e no 2.º Colóquio do Núcleo dos Enfermeiros de Reabilitação da Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, em formato de poster (Anexo II). Paralelamente, o resumo do protocolo foi integrado em livro de resumos de eventos científicos multidisciplinares (Anexo V), contribuindo para a partilha e discussão do conhecimento produzido com a comunidade científica. Estes momentos de divulgação permitiram não só validar a pertinência do tema abordado, mas também fomentar a reflexão crítica e o intercâmbio de experiências entre profissionais e investigadores. A scoping review foi submetida à Revista Ibero-Americana de Gerontologia (RIAGE), tendo já sido objeto de revisão por pares e aceite com recomendações de melhoria, encontrando-se atualmente em fase de reformulação para publicação (Anexo VI).

Este percurso — que articula a prática clínica, a investigação e a disseminação do conhecimento — constituiu para mim um elemento fundamental no desenvolvimento de competências avançadas enquanto Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação. O Enfermeiro de Reabilitação assume, neste âmbito, um papel determinante na deteção precoce de alterações da deglutição, na capacitação da pessoa e família e na implementação de estratégias preventivas. A articulação entre prática clínica e evidência científica revela-se, assim, fundamental para a promoção de cuidados mais seguros, eficazes e orientados para a funcionalidade, constituindo um eixo estruturante da intervenção especializada. E é com esta convicção — de que reabilitar é devolver à

pessoa a possibilidade de viver com sentido — que encerro este relatório e assumo o compromisso de continuar a construir a minha prática nesse equilíbrio.

Referências Bibliográficas

- Amendoeira, J., Silva, M. R. da, Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: A scoping review. Instituto Politécnico de Santarém, UMIS – Centro de Investigação em Qualidade de Vida. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J.-C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Carrión, S., Roca, M., Costa, A., Arreola, V., Ortega, O., Palomera, E., Serra-Prat, M., Cabré, M., & Clavé, P. (2017). Nutritional status of older patients with oropharyngeal dysphagia in chronic versus acute clinical situations. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1110–1116. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.009>
- Chen, K., Xing, L., Xu, B., Li, Y., Liu, T., Zhang, T., Shi, H., Lu, H., Zhou, W., Hou, J., Shi, H., & Qin, D. (2022). Research progress in the risk factors and screening assessment of dysphagia in the elderly. *Frontiers in Medicine*, 9, 1021763. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1021763>
- Chen, S., Cui, Y., Ding, Y., Sun, C., Xing, Y., Zhou, R., & Liu, G. (2020). Prevalence and risk factors of dysphagia among nursing home residents in eastern China: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01752-z>
- Doan, T.-N., Ho, W.-C., Wang, L.-H., Chang, F.-C., Nhu, N. T., & Chou, L.-W. (2022). Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2605. <https://doi.org/10.3390/jcm11092605>
- Ebihara, T. (2022). Comprehensive approaches to aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly along the disease time axis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(18), 5323. <https://doi.org/10.3390/jcm11185323>

- Feng, H. Y., Zhang, P. P., & Wang, X. W. (2023). Presbyphagia: Dysphagia in the elderly. *World Journal of Clinical Cases*, 11(11), 2363–2373. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i11.2363>
- He, X., Yang, D., Shao, J., Wang, H., & Zhang, H. (2024). Mapping dysphagia research trends in community-dwelling older adults: A bibliometric analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 3073–3090. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S461046>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Indicadores de envelhecimento da população portuguesa*. <https://www.ine.pt>
- Kocanova, D., Kovac, V., Serzhanov, V., & Buleca, J. (2023). Differences and similarities in patterns of ageing society in the European Union. *E&M Economics and Management*, 26(1), 45–64. <https://doi.org/10.15240/tul/001/2023-1-003>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Madhavan, A., Carnaby, G. D., Chhabria, K., & Crary, M. A. (2018). Preliminary development of a screening tool for pre-clinical dysphagia in community-dwelling older adults. *Geriatrics*, 3(4), 90–105. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040090>
- Madhavan, A., LaGorio, L. A., Crary, M. A., Dahl, W. J., & Carnaby, G. D. (2016). Prevalence of and risk factors for dysphagia in community-dwelling elderly: A systematic review. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(8), 806–815. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0712-3>
- Meleis, A. I. (Ed). (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M. D. J., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950–952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., & Riquelme, L. F. (2019). Presbyphagia to dysphagia: Multiple perspectives and strategies for quality care of older adults. *Seminars in Speech and Language*, 40(3), 227–242. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688837>
- Ocrospoma, S., & Restrepo, M. I. (2024). Severe aspiration pneumonia in the elderly. *Journal of Intensive Medicine*, 4(3), 307–317. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.12.009>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Manual de Boas Práticas para o Exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Direção-Geral da Saúde.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Marnie, C., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Khalil, H. (2023). Recommendations for the extraction,

- analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Pordata. (2024). *População residente em Portugal: Total e por grandes grupos etários*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-296>
- Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República*, 2ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Santos, J. M. L. G., Ribeiro, Ó., Jesus, L. M. T., & Matos, M. A. C. (2021). Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: An updated systematic review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(2), 464–480. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00123
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world* (ST/ESA/379). United Nations. <https://digitallibrary.un.org/record/4000104>
- Uno, I., & Kubo, T. (2021). Risk factors for aspiration pneumonia among elderly patients in a community-based integrated care unit: A retrospective cohort study. *Geriatrics*, 6(4), 113. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040113>
- World Gastroenterology Organisation. (2014). *Dysphagia: Global guidelines*. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia>
- Yoshimatsu, Y., Thomas, H., Thompson, T., & Smithard, D. G. (2024). Prognostic factors of poor outcomes in pneumonia in older adults: Aspiration or frailty? *European Geriatric Medicine*, 15(2), 481–488. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00929-0>

Anexos

Anexo1 “Adaptação das atividades no domicílio: como posso fazer os meus exercícios em casa”



Declaração

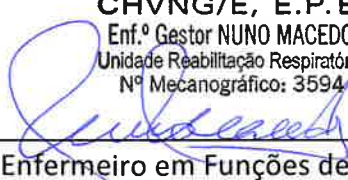
Para os devidos efeitos declara-se que Eduardo Joaquim Pinto Carvalho Sampaio, participou como formador na sessão de educação em grupo para utentes sobre “Adaptação das atividades no domicílio – Como posso fazer os meus exercícios em casa”, no dia 29 de setembro, com a duração de 1 hora, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no estágio de Natureza Profissional I, que decorreu na Unidade de Reabilitação Respiratória da ULSGE, no período de 15 de Setembro a 26 de outubro de 2025.

Por ser verdade e ter sido pedida foi passada a presente declaração.

Vila Nova de Gaia, 19 de março de 2026

CHVNG/E, E.P.E.

Enf.º Gestor NUNO MACEDO
Unidade Reabilitação Respiratória
Nº Mecanográfico: 3594


Enfermeiro em Funções de Gestão

Anexo2 “Disfagia e risco de aspiração na população idosa: protocolo scoping sobre programas de rastreio em contexto comunitário”



CERTIFICADO

Certifica-se que,

EDUARDO JOAQUIM PINTO CARVALHO SAMPAIO

Realizou apresentação de Poster no Evento Técnico-Científico “**2º COLÓQUIO do Núcleo dos Enfermeiros de Reabilitação da ULSGE**”, promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE), dedicado ao tema:

- “DISFAGIA E RISCO DE ASPIRAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA: PROTOCOLO SCOPING SOBRE PROGRAMAS DE RASTREIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO”

que decorreu no dia 03 de outubro de 2025, entre as 08h30 e as 16h30, no Auditório do Parque Biológico de Gaia.

Margarida Maria Cardoso Coelho da Silva
Coordenadora NER

Anexo 3 “Reeducação funcional na artroplastia da anca”

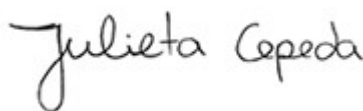
Declaração de Formador

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Eduardo Joaquim Pinto Carvalho Sampaio**, ministrou o processo formativo “**Reeducação funcional na artoplastia da anca**” realizado no âmbito da Formação em Serviço, que decorreu no dia 10 de dezembro de 2025, com a duração de 2 horas.

Guimarães, 18 de Março de 2026

Pel'O Centro Académico e de Formação



Julieta Cepeda

Anexo 4 "Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo Scoping Review" at CIES2025



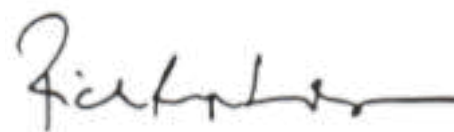
CIES2025

International Congress On
Ageing, Education, Health
And Society

It is certified that

Eduardo Sampaio

On October 16, 2025, in an online format, made the presentation "Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo Scoping Review" at CIES2025 - International Congress On Ageing, Education, Health And Society.



Professor Doutor Ricardo Pocinho

Presidente da Associação Nacional de Gerontologia Social



RIAGE



Anexo 5 “Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo de Scoping Review” at Livro Práticas de investigação multidisciplinar”

Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo de Scoping Review

Eduardo Joaquim Pinto Carvalho Sampaio

Enfermeiro, Unidade Local de Saúde Alto Ave | Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Universidade do Minho | ORCID 0009-0002-8719-6116

Ana Maria Silva Leite

Enfermeira, Unidade Local de Saúde Alto Ave | Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Universidade do Minho | ORCID 0009-0003-8305-7386

Isilda Manuela Silva Oliveira

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Universidade do Minho | Enfermeira, Unidade Local de Saúde de Braga | ORCID 0009-0003-2269-1332

Joana Filipa Costa Dias

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Universidade do Minho | Enfermeira, Unidade Local de Saúde de Braga | ORCID 0009-0002-6455-0856

Fernando Alberto Soares Petronilho

Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), Coimbra, Portugal | Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf), Universidade do Minho, Braga, Portugal | ORCID 0000-0002-3903-9100

Lisa Alves Gomes

Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), Coimbra, Portugal | Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf), Universidade do Minho, Braga, Portugal | ORCID 0000-0003-2154-3461

Maria Manuela Pereira Machado

Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga, Portugal | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Coimbra, Portugal | Centro de Investigação em Enfermagem (CIEnf), Universidade do Minho, Braga, Portugal | ORCID 0000-0003-2867-435X

Resumo

A disfagia constitui um problema comum entre a população idosa, frequentemente não identificado atempadamente, com consequências graves como a pneumonia por aspiração, desnutrição e declínio funcional. A deteção precoce, especialmente em contexto comunitário, representa uma oportunidade essencial para prevenir complicações, promover a segurança alimentar e melhorar a qualidade de vida. Este protocolo descreve uma revisão scoping cujo objetivo é mapear a literatura disponível sobre programas de rastreio da disfagia implementados com vista à prevenção da pneumonia por aspiração em idosos a residir na comunidade. A metodologia baseia-se nas recomendações do Joanna Briggs Institute e será conduzida segundo a estratégia PRISMA-ScR, incluindo estudos de natureza quantitativa, qualitativa e mista, sem restrições temporais, em inglês, português ou espanhol. A seleção, extração e análise dos dados será realizada por quatro investigadores de forma independente, assegurando a consistência e validade do processo. Espera-se identificar os instrumentos validados de rastreio disponíveis, as estratégias mais eficazes e o papel desempenhado pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Esta revisão poderá ainda evidenciar lacunas na investigação atual e apoiar o desenvolvimento de diretrizes que orientem a prática clínica na vigilância da deglutição em contexto comunitário, contribuindo para reduzir a incidência de pneumonia por aspiração entre a população idosa.

Palavras-chave: Disfagia; Pneumonia por aspiração; Idosos; Diagnóstico precoce; Enfermagem.

**Anexo 6 Artigo “Programas de Rastreio da Disfagia para Prevenir a Pneumonia Por
Aspiração na População Idosa a Residir na Comunidade: Protocolo de Scoping Review”
at Riage**

Revisão por grupo de pares_2 revisores

Título Artigo:		PROGRAMAS DE RASTREIO DA DISFAGIA PARA PREVENIR A PNEUMONIA POR ASPIRAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA A RESIDIR NA COMUNIDADE: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW		
Data de receção	31.03.2026	Código RIAGE	Nº487	
		Revisor 1		Revisor 2
Adequação Editorial e Científica	Pertinência da temática e Originalidade	O manuscrito enquadra-se na gerontologia, envelhecimento saudável ou áreas afins?; Existe contributo claro para o conhecimento científico?; O artigo é relevante para o público-alvo da revista? O manuscrito apresenta contributo inovador?; Evita redundância com literatura existente?; Identifica lacunas reais no conhecimento?	O manuscrito foca-se num tema de elevada segurança clínica e impacto na mortalidade geriátrica. O enquadramento na Enfermagem de Reabilitação é pertinente, dada a competência específica deste enfermeiro na gestão da deglutição.	O trabalho apresenta originalidade ao focar-se especificamente no contexto da comunidade , onde o rastreio é muitas vezes negligenciado em comparação com o contexto hospitalar. Trata-se de um protocolo, o que é um contributo metodológico importante.
Estrutura e Conformidade Editorial	Estrutura do manuscrito e Conformidade com as Normas	O manuscrito apresenta um Título claro e informativo?; Resumo estruturado (quando aplicável); Palavras-chave adequadas (3–6); Secções organizadas (Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão); O manuscrito cumpre normas de submissão da revista; A linguagem é científica clara e adequada? As Referências cumprem as regras APA 7ª?	O título é descritivo e cumpre os requisitos para protocolos de revisão (identifica o método e a população). O resumo é narrativo.	Resumo e estrutura em conformidade com as regras editoriais
Qualidade Científica e Teórica	Fundamentação	O manuscrito apresenta o problema bem contextualizado?; Revisão de literatura atualizada?; Fundamentação teórica consistente?; Conceitos operacionais claramente definidos?	A fundamentação é sólida ao associar a disfagia silenciosa à pneumonia por aspiração e desnutrição. Define bem o papel do Enfermeiro Especialista.	Os conceitos operacionais estão bem delineados. Sugestão de Rigor: Seria útil fundamentar com a incidência estimada de pneumonia por aspiração na comunidade para reforçar a urgência do rastreio.
	Metodologia	O manuscrito apresenta um paradigma metodológico identificado?; Apresenta desenho de investigação?; População e amostra? Instrumentos de avaliação? Procedimentos estatísticos de análise? Critérios de inclusão e exclusão?	Utiliza o referencial do Joanna Briggs Institute (JBI) , o padrão-ouro para <i>scoping reviews</i> . A estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) está implícita mas clara.	Identifica bases de dados robustas (B-On, PubMed, etc.) e o uso do software Rayyan para triagem, o que garante transparência. Sugestão de Rigor: Explicitar se a extração de dados será feita por dois revisores independentes para minimizar o viés de seleção.
Ética e Integridade Científica	O manuscrito apresenta aprovação por Comissão de Ética?; Consentimento informado descrito?; Conformidade com RGPD?; Declaração de conflitos de interesse?; Financiamento identificado?; Plágio ausente?; Dados fabricados ou inconsistentes?		Como protocolo de revisão, não envolve seres humanos diretamente, dispensando aprovação ética imediata, mas a integridade é mantida pela transparência do método.	O manuscrito menciona a inclusão de "literatura cinzenta", o que reduz o risco de viés de publicação.
Resultados	O manuscrito apresenta os resultados de forma clara e organizada?; Tabelas e figuras adequadas?; Evita duplicação texto/tabela?; Resultados apresentados sem interpretação excessiva?		O manuscrito indica que espera identificar programas, instrumentos e lacunas no conhecimento.	Os resultados esperados estão alinhados com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de práticas preventivas.
Discussão	O manuscrito apresenta: Interpretação crítica?; Comparação com literatura; Limitações claramente reconhecidas?; Implicações clínicas?; Implicações políticas/organizacionais?; Sugestões para investigação futura?		Prevê-se uma discussão sobre a aplicabilidade dos instrumentos de rastreio no domicílio.	Deverá focar na viabilidade de implementar estes programas na rede de cuidados primários em Portugal.

Revisão por grupo de pares_ 2 revisores

Conclusões	O manuscrito apresenta conclusões coerentes com resultados?; Não extrapolam indevidamente?; Contributo claro para gerontologia?	O protocolo conclui que a revisão contribuirá para identificar ferramentas de apoio à decisão clínica.	A conclusão reforça a importância da prevenção da perda funcional.
Impacto e Relevância	O manuscrito explica em que contribui para o envelhecimento saudável?; Aplicabilidade prática?; Potencial de influência em políticas? Ou Relevância ibero-americana?	Elevado impacto na redução de internamentos evitáveis por causas respiratórias em idosos.	Relevância para a autonomia do idoso, ao prevenir complicações que levam à institucionalização.
Qualidade Linguística	O manuscrito evidencia uma linguagem clara e científica?; Terminologia consistente?; Ausência de erros gramaticais?; Uso adequado de português/espanhol/ inglês científico?	Linguagem clara e terminologia técnica correta	Texto bem articulado, cumprindo a norma culta e o rigor acadêmico.

Avaliação Global do Revisor	Aceitar	ACEITE COM REVISÕES MENORES
	Aceitar com revisões menores	
	Aceitar com revisões maiores	
	Rejeitar	

No campo observações indique os pontos a melhorar/ a serem revistos ou que estão em falta; Quando não aplicável colocar NA